

Univerzita Karlova v Praze

1.lekařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie

ID oboru: N 5345



Mgr. Bc. Josef Vondrka

Potřeby klientů vybraných doléčovacích center v oblasti bydlení

The needs of clients in selected aftercare centers in the area of their housing

Diplomová práce

Vedoucí práce: Ing. Jiří Vopravil, Ph.D.

Praha, 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval samostatně a že jsem řádně uvedl a citoval všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, dne 3. 12. 2019

Josef Vondrka

.....

Identifikační záznam:

VONDRKA, Josef. Potřeby klientů vybraných doléčovacích center v oblasti bydlení. [*The needs of clients in selected aftercare in the area of their housing*]. Praha, 2019. 73 s., 1 příl. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Ing. Jiří Vopravil, Ph.D.

Poděkování

Touto cestou bych rád poděkoval svému vedoucímu diplomové práce Ing. Jiřímu Vopravilovi, Ph.D. za odborné vedení a udílené rady při zpracování této práce, za jeho trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování věnoval. Zároveň bych chtěl také poděkovat svým blízkým za jejich podporu. Poděkování patří respondentům výzkumu a pracovníkům organizací, kteří zajistili podmínky pro sběr výzkumných dat. Tato práce je věnována památce primáře MUDr. Petra Jeřábka Ph.D., který byl mým důležitým odborným poradcem a významnou měrou ovlivnil můj dosavadní odborný i profesní růst.

Abstrakt

Východisko: Služby následné péče s doléčovacím programem v České republice výrazně napomáhají integraci osob s adiktologickým problémem do většinové společnosti. Přesto dle zjištění Národního monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti je více jak 50 % uživatelů těchto služeb při doléčování neúspěšných.

Cíl: Cílem výzkumu je zjistit u vybraných doléčovacích center potřeby klientů v oblasti bydlení. Identifikovat, zda tyto potřeby jsou naplňovány a zda úspěšnost klientů v doléčovacích programech není ovlivněna neuspokojenými potřebami v oblasti bydlení.

Metodika: Teoretická a praktická část práce ohraničuje výzkumná zjištění. Teoretická část se zabývá službami následné péče s doléčovacím programem, a zjišťuje, zda má vliv relaps a recidiva při doléčování závislosti. Praktická část práce vymezuje oblast výzkumu. Za použití kvantitativních metod výzkumného zjištění přichází se statistickými daty, které jsou následně interpretovány.

Výsledky: Výzkumného šetření se zúčastnilo 7 zařízení pobytové formy s kapacitou 85 lůžek, výzkumný soubor tvořilo 76 respondentů. Ve výzkumném souboru bylo zjištěno, že významná část klientů nemá naplněny potřeby v oblasti bydlení. Ve 44,7 % by využila opětovně sociálně-zdravotní služby pouze kvůli bydlení. Ve výzkumném souboru je 72,4 % respondentů, kteří jsou opakovaně v léčbě závislosti a 50 % respondentů uvádí, že vliv nestabilního bydlení má vliv na relaps a recidivu onemocnění. Významným zjištěním bylo, že 78,9 % uživatelů služeb následné péče s doléčovacím programem by využilo podporu v podobě nájemního bydlení.

Diskuze: Z provedeného výzkumného šetření vyplynulo, že stabilita bydlení má vliv na úspěšnost klientů s doléčovacím programem.

Závěr: V rámci kvantitativního zjišťování byly zodpovězeny výzkumné otázky, které byly hodnoceny. Vyhodnocení dospělo k potvrzení nebo zamítnutí hypotéz vztahujících se k vlivu naplňování potřeb klientů vybraných doléčovacích center.

Návrh doporučení: Pro zvýšení úspěšnosti, efektivity a nákladovosti služeb poskytovaných klientům vybraných doléčovacích center se jeví jako výhodné zařazení různých druhů pobytových služeb po ukončeném doléčování.

Klíčová slova: následná péče, bydlení, uživatelé návykových látek

Abstract

Background: Aftercare services with an aftercare program in the Czech Republic significantly help to integrate persons with addictological problems into the majority society. However, according to the National Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, more than 50 % of users of these services are unsuccessful in their aftercare.

Objective: The aim of the research is to find out the needs of clients in the area of housing at selected after-treatment centers. Identify whether these needs are met and whether clients' success in aftercare programs is not affected by unmet housing needs.

Methodology: The theoretical and practical part of the thesis delimits the research findings. The theoretical part deals with aftercare services with aftercare program and the effect of relapse and relapse in aftercare for addiction. The practical part defines the area of research and with the use of quantitative methods of research comes up with statistical data, which are subsequently interpreted.

Results: 7 residential facilities with a capacity of 85 beds participated in the research. The research sample consisted of 76 respondents. The research sample found that a significant proportion of clients did not meet the housing needs and in 44,7 % would use the socio-health services only for housing. In the research sample, 72,4 % of respondents are repeatedly in treatment of addiction and 50 % of respondents report that the effect of unstable housing affects the relapse and recurrence of the disease. An important research finding in 78,9 % was that users of aftercare services with an aftercare program would benefit from support in the form of rental housing.

Discussion: The research carried out showed that the success of clients with aftercare programs is influenced by the stability of housing.

Conclusion: Within the quantitative survey, research questions were answered and evaluated. The evaluation confirmed or rejected hypotheses relating to the impact of meeting the needs of clients of selected aftercare centers.

Draft conclusions: In order to increase the success, efficiency and cost of services provided to clients of selected after-treatment centers, it seems advantageous to include various types of residential services after the after-treatment.

Keywords: aftercare, housing, drug users.

Obsah:

II. Teoretická část	9
1 Následná péče	9
1.1 Následná péče a doléčovací program	9
1.2 Cíle následné péče a doléčování	10
1.3 Hlavní složky programu následná péče.....	12
2 Bydlení.....	16
2.1 Vymezení základních pojmů.....	16
2.2 Druhy příspěvků a dávek na bydlení.....	18
3 Systém bydlení.....	22
3.1 Housing First.....	26
3.2 Housing Ready	27
3.3 Druhy bydlení.....	27
III. Praktická část	29
4 Metodologie výzkumu	29
4.1 Cíl výzkumu	31
4.2 Formulace výzkumných otázek.....	32
4.3 Metodologický rámec výzkumu.....	32
4.4 Metody tvorby dat	33
4.5 Výzkumný soubor	33
4.6 Etika výzkumu	34
4.7 Časový harmonogram výzkumu	35
5 Vyhodnocení získaných dat - výsledky	36
Diskuze	59
Závěr	62
Použitá literatura.....	63

I. Úvod

Problematika závislostí a závislostního chování má své dopady nejen na jednotlivce, ale i na jeho okolí a celou občanskou společnost. Mnohdy se může jednat o určité adiktologické události nebo vážné životní tragédie s dopadem na celé rodiny. Přesto existuje síť adiktologických služeb, která má možnosti a služby, které mohou pomoci k řešení těchto událostí jednotlivým osobám nebo rodinám k běžnému způsobu života. Nabízená pomoc a podpora je směřována k obnovení vlastních zdrojů jednotlivce a k jeho opětovnému samostatnému fungování ve společnosti.

Přesto jsou situace, momenty a životní události, které vyžadují daleko rozsáhlejší pomoc, které vyžadují intervence, včetně strukturovaných aktivit ve zdravotnickém zařízení nebo sociálních službách. Takový systém pomoci může podpořit klienty ke změně svého závislostního chování a vlastnímu náhledu a motivaci k uzdravě.

Služby následné péče s doléčovacím programem jsou jedním z vysoko-prahových služeb poskytující podporu v kontinuu léčby. Jejich hlavním cílem je napomoci klientům k návratu do většinové společnosti. Služby následné péče pracují s klientelou, která není schopná vlastními silami vzniklé překážky na podkladě závislostního chování odstranit. Hlavními problémy, se kterými se klienti daných zařízení potýkají, jsou ztráta zaměstnání, nízká kvalifikace, infekční onemocnění a v neposlední řadě ztráta bydlení.

Tato diplomová práce se zaměřuje na potřeby klientů v oblasti bydlení využívající pobytové služby následné péče s doléčovacím programem. Cílem zkoumání je tyto potřeby u klientů zjistit a analyzovat, aby výstup výzkumných zjištění byl vhodným podkladem pro zlepšení poskytovaných služeb jednotlivými zařízeními, případně aby došlo k zavádění nových nebo chybějících programů v oblasti bydlení s dopadem na minimalizaci výskytu relapsu nebo recidivy onemocnění.

II. Teoretická část

1 Následná péče

Následná péče je definována zákonem 108/2006 §64, zákon o sociálních službách. Dle tohoto zákona se jedná o typ sociální služby poskytované formou ambulantní nebo pobytovou. Tato práce se zaměřuje převážně na uživatele služby následná péče pobytové formy sociální služby, která zároveň poskytuje doléčování. Jedná se tedy o adiktologický typ zařízení. Výraz uživatel sociální služby je zaměnitelný s výrazem uživatel návykových látek, z toho důvodu bude pro potřeby této práce uváděn výraz klient pro přehlednost a srozumitelnost textu. Cílovou skupinou služby následná péče jsou osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách nebo s problematikou patologického hráčství, dle standardů odborné způsobilosti Rady Vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP, 2015).

Důležité je zmínit osoby s chronickým duševním onemocněním, které se také ve specializovaných programech následná péče nacházejí. Jedná se klienty s tzv. duální diagnózou, kdy MUDr. Petr Jeřábek (2008) uvádí, že se jedná o duševní poruchu, která je souběžná se syndromem závislosti. Přesto se služby následné péče pro osoby s duální diagnózou postupně stávají součástí terapeutického kontinua a svou nabídkou tak rozšiřují spektrum léčebné péče.

Služby následné péče s doléčovacím programem v ČR vznikaly převážně v období devadesátých let minulého století, a jsou ve většině případů poskytovány nestátními neziskovými organizacemi, dále jen NNO.

1.1 Následná péče a doléčovací program

Vymezení pojmu následná péče a doléčovací program upřesňuje specifikaci služeb a zařízení se zaměřením na osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách, případně s dalšími komplikujícími faktory. Přesto zákon 108/ 2006 §64 a standardy odborné způsobilosti (RVKPP, 2015) upřesňují standardizované požadavky na doléčovací programy poskytované formou zdravotní nebo sociální služby.

Pojem následná péče může obsahovat široké spektrum činností zaměřujících se na podporu klientů vyskytujících se v pobytové nebo ambulantní formě poskytovaných služeb, v podpoře návratu na trh práce nebo zajištění si bydlení, případně dalších aktivit (Kalina, 2015).

Doléčovací program je zaměřen na posilování abstinence a podpoře po léčbě ve specializovaných zařízeních, a je tak součástí služeb následné péče (Kalina, 2015). Typickým znakem takového strukturovaného programu jsou edukativní skupinové aktivity zaměřené na prevenci relapsu, skupinové a individuální psychoterapie zaměřené na podporu a udržení abstinence klientů daného programu. Doléčovací programy jsou poskytovány v širším spektru služeb. Většinou se jedná o specializovaná adiktologická zařízení (Kuda 2003).

1.2 Cíle následné péče a doléčování

Cílem následné péče a doléčování je poskytování služeb a aktivit klientům, kteří absolvovali minimálně 3 měsíční abstinenci, kterou jsou schopni doložit. Zpravidla se jedná o léčebná zařízení s ambulantní a pobytovou formou poskytování služeb, kde klienti využili podporu v době abstinence a podstoupili pravidelné testování na přítomnost OPL. Klienti přicházející do služeb doléčovacích programů mohou být i z věznic, kdy podmínkou je doložení minimálně 3 měsíční abstinence. Nemusí se vždy jednat o typicky léčebná zařízení nebo specializovaná oddělení léčby věznic. Klíčovým se jeví náhled a motivace k dlouhodobější abstinenci (RVKPP, 2015).

Služby doléčovacích programů jsou zpravidla poskytovány v hlavních městech regionů po celé ČR (iregistr.mpsv.cz). Doléčovací programy jsou poskytovány i pro specifické cílové skupiny jako jsou osoby s duální diagnózou nebo pro matky s dětmi. Převažujícím typem doléčovacích programů jsou služby zaměřené na klienty starší 18 let, muže i ženy a jsou poskytovány bez diskriminačních kritérií. Dané služby mohou mít regionální i nadregionální typ poskytování služeb s přihlédnutím na potřeby jednotlivých samosprávních celků. Přesto zákon 108/2006 o sociálních službách ukládá poskytovatelům sociálních služeb, aby případné volné kapacity poskytli bez regionálních rozdílů. Z praxe zařízení však vyplívá, že regionálnost nebo spádovost klientů není uplatňována.

Fenoménem je odchod klientů z prostředí, kde selhávali do jiných regionů ČR, kde mohou začít od začátku, bez takzvané etiketizace (A. Giddens). Změna prostředí může

v prvopočátcích procesu změny chování pomoci předcházet rizikovým situacím v místech, kde docházelo k užívání návykových látek.

Perspektiva člověka v prostředí je dle konceptu (Germain, Gitterman 1980) vnímána jako vzájemný vliv interakce člověk na prostředí a prostředí na člověka. Změna místa pobytu a snaha klientů zahájit svou novou životní etapu v novém prostředí (regionu) může narážet na další, předem neočekávané překážky a prakticky bez podpory původního sociálního okolí. Převažující klientelou jsou v doléčovacích zařízeních s chráněným bydlením nebo pobytovou formou poskytované služby osoby bez domova a zázemí.

Cíle následné péče a doléčování reagují na potřeby klientů přicházející z různých regionů v různém stupni svého adiktologického problému, mnohdy po léčbě své závislosti. Aby odpovídající doléčovací programy mohly řešit potřeby klientů, musí je tvořit takzvané multidisciplinární týmy (Kalina, 2008). Složení multidisciplinárního týmu je většinou tvořeno podle typu klientely programu. Složení týmu většinou zajišťují následující profese: adiktolog, psycholog, sociální pracovník nebo speciální pedagog. Významná je role ex-usera. Jedná se o bývalého uživatele OPL nebo osobu s adiktologickým problémem, který již delší čas (v řádu let) má svou závislostní zkušenost uzavřenou (Kalina, 2001). U takto složeného pracovního týmu se vyžaduje minimálně VŠ vzdělání a alespoň u převažující části týmu započatý nebo dokončený psychoterapeutický výcvik. V případě, že nejsou v multidisciplinárním týmu zastoupeni další odborníci, jakými jsou např. lékaři různých oborů nebo specialisté, musí mít zařízení tyto odborníky nasmlouvané, aby zajistili klientům patřičnou odbornou péči (RVKPP, 2015).

Aby mohlo dojít k naplnění cílů následné péče a doléčování je pracovní tým nejen multidisciplinární, ale také pracuje obvykle v bio – psycho – socio – spirituálním modelu. Jedná se o paradigma, s nímž přišla WHO v druhé polovině šedesátých let minulého století a prakticky se vztahovalo i na jiné oblasti zdraví, včetně duševních poruch. Bio – psycho – socio - spirituální model vychází z pojetí celistvosti člověka v jeho zdraví, psychické, sociální a duševní pohody (Kalina, 2015). Pokud jedna nebo více z oblastí je v nesouladu, a to platí také u klientů s adiktologickým problémem případně se závislostním chováním, poskytují se takové intervence, které mají napomoci k opětovnému získání celistvosti se zachováním vlastní integrity a k znovu získání svých kompetencí za svůj život, který na něj klade nároky, které mohu mít dopady na jeho integritu a zdraví.

Hlavními cíli následné péče a doléčování je napomoci klientovi při jeho snaze se navrátit do většinové společnosti po absolvované léčbě. Mnohdy se jedná o osoby s tak závažnými komplikujícími faktory, které vyžadují dlouhodobější podporu. Například poskytováním chráněného bydlení nebo intenzivní sociální práce zaměřena na řešení dluhů, případně na vyřizování různých rekvalifikačních kurzů apod. Opětovně získaná motivace v prostředí léčby pak naráží na velké nároky běžného života. Zvládnutí návratu je hlavním cílem následné péče a doléčování, které směřuje k jednotnému cíli, a tím je „integrace“ (Kuda, 2001).

Významným cílem v oblasti doléčování je zejména podpora a udržení abstinence s hlavním důrazem na zvládání prevence relapsu prostřednictvím edukativních technik a činností (Kalina, 2008). V případě klientova relapsu se jedná o jednorázové, případně opakované uklouznutí se závislostním chováním a užití návykové látky (Kuda, 2003). Zajistit si bydlení, práci a úspěšně se integrovat, může sebou přinášet stres, napětí a mnohdy návrat ke starým vzorcům závislostního chování, které mnohdy končí recidivou onemocnění. Následuje stabilizace a obvykle zahájení opakované léčby. Doléčování se svými složkami jakými jsou psychoterapie a prevence relapsu, má nápomoci klientům zvládat vlastní život a předcházet relapsům a recidivám onemocnění. Mnohdy se s klienty v léčbě a doléčování setkáváme opakovaně. Prevence relapsu je dle Kudy (2003) zásadní složkou a cílem následné péče s doléčováním.

1.3 Hlavní složky programu následná péče

Velmi významným se v oboru léčby a péče závislostí jeví Standardy odborné způsobilosti, které v konceptu sítě adiktologických služeb, kam patří i doléčovací programy, napomáhají ověřovat odbornou způsobilost jednotlivých programů a služeb. To zajišťuje prakticky podobnou nabídku programů poskytujících své služby po celé ČR (RVKPP, 2015). Nabídka služeb odpovídá platným adiktologickým standardům a zajišťuje odpovídajícím způsobem péči klientům, kteří dané typy služeb v kontinuu péče využívají.

Pro služby následné péče s doléčovacím programem jsou následující hlavní složky (Kuda, 2003), které jsou zároveň součástí naplňování Standardů odborné způsobilosti (RVKPP, 2015).

Psychoterapie – je nedílnou součástí služeb následné péče dle Standardů odborné způsobilosti (RVKPP, 2015). Terapeutická odbornost je poptávána po většině pracovníků

následné péče, aby při individuálních terapeutických setkání nebo skupinových terapiích s klienty byli schopni poskytovat terapeutickou podporu. Skupinová a individuální psychoterapie je v prostředí následných péčí spíše podpůrná. Klienti většinou přicházejí do doléčovacích programů ze strukturovaných léčebných zařízení a v době pobytu v následné péči se spíše věnují aktuálním tématům, která se jich dotýkají „tady a teď“. V případě závažnějších témat s vlivem na integritu klienta mnohdy dochází k návratu do léčebných zařízení, kde se jedná o krátkodobý stabilizační léčebný pobyt (Kuda, 2003). Služby následné péče s doléčovacím programem napomáhají k doléčování po absolvované léčbě závislostí, a jsou v kontinuu péče spíše podporou. Typickým psychoterapeutickým směrem při doléčování je kognitivně – behaviorální terapeutický přístup v kontextu prevence relapsu dle Marlatta (1994) a jeho školy (Kalina, 2013).

Prevence relapsu – relaps je opětovné zahájení závislostního chování po období abstinence (Kalina, 2001). Prevence relapsu je tedy zjednodušeně prevence předcházení jevu, jakým je relaps, ale tak jednoduché to není. Prevence relapsu je edukativně kognitivně – behaviorální přístup se zaměřením na znovu získání pozitivní změny životního stylu, kdy je klient zplnomocněn získat vlastní kompetence vůči abstinenci a novému životnímu směřování (Kalina, 2013). Prevence relapsu je významnou součástí služeb následné péče s doléčovacím programem. Je poskytována všem klientům doléčovacího programu individuální nebo skupinovou aktivitou (RVKPP, 2015). Nejčastěji jsou využívány moduly prevence relapsu dle autorů Marlatta a Gordonová (1994). Nerovnováha životního stylu spolu se stresem, například ztráta bydlení nebo ohrožení ztráty bydlení, nekvalitní práce, mohou významnou měrou ovlivnit rozvoj a dynamiku relapsu (Kuda, 2003).

Sociální práce – je poskytována sociálním pracovníkem s patřičnými zkušenostmi zejména v oblasti sociálních dávek a znalosti sociálního prostředí a možností regionu, kde má k integraci klientů docházet. Velkými překážkami se jeví u klientů s dlouhodobější anamnézou závislostního chování ztráta pracovních návyků nebo nedostatečná kvalifikace na trhu práce. Velký význam má bydlení. Daná oblast je u klientů následných péčí v pobytové formě většinou ovlivněna snahou bydlet mimo region, kde docházelo k závislostnímu chování. Snaha začít někde od začátku bez etiketizace je snahou většiny klientů již v doléčování, kdy při skupinových aktivitách prevence relapsu často mluví o rizikových oblastech a spouštěcích, které mají vztah k rodnému místu (Kuda, 2008). V daném okamžiku jsou bez domova, mnohdy z vlastního rozhodnutí na podkladě změny,

kteřou si naplánovali nebo na podkladě adiktologického problému a vysokých dluhů, které vznikaly při závislostním chování. U některých klientů to mohou být vlivy s dalšími komplikujícími faktory spojené například s duševním onemocněním, kdy mnohdy trpí hospitalismem (dlouhodobé nebo četně se opakující pobyty ve zdravotnických nebo sociálních službách v řádech několika let). Dovednost samostatně bydlet nebo se starat o běžný chod domácnosti jsou významnou měrou ovlivněny (Kuda, 2003).

Práce, chráněná pracovní místa a rekvalifikace – mít zaměstnání a pracovat je dle Kudy (2003) jedním z ukazatelů integrace do většinové společnosti. Získat zaměstnání je mnohdy dlouhodobý proces například proto, aby odpovídalo potřebám klientů a jejich kvalifikaci v různých lokalitách ČR. Proto je důležité brát zřetel na klientovy potřeby a vytvořit dostatečný rámec podpory k samostatnému hledání zaměstnání. Významným faktorem se jeví i chráněné dílny u klientů, kteří ztratili pracovní návyky a většinou přicházejí do doléčovacího programu z ústavní zdravotnické péče. Tady je vhodné nabízet příslušné typy zaměstnání v podobě chráněných dílen s mnohdy upravenou pracovní dobou. Výhodným se jeví i kombinace s rekvalifikací. Proto je velice důležitá spolupráce s Úřady práce. Vhodné zaměstnání je dle lokalit a oborů různě náročné a mělo by odpovídat klientovým potřebám s dopadem např. na rizikové pracovníky na pracovišti a další faktory, které by mohly mít vliv na relaps nebo recidivu onemocnění (Kuda, 2008). Vztah práce k výdělku má dopady na uspokojování dalších potřeb klienta jakými jsou např. bydlení, jídlo a podobně.

Lékařská péče – odborná nebo specifická lékařská péče je většinou zajišťována externími odborníky (RVKPP, 2015). Typickými specialisty jsou lékaři se zaměřením na virová onemocnění (léčba hepatitid), zubní lékaři, případně praktičtí lékaři nebo specialisté z oboru gynekologie, kožní lékaři apod. U klientů s problémem závislosti a případně duševním onemocněním jsou důležití lékaři z oblasti psychiatrie. Lze tak zajistit podpůrnou lékovou terapii vztahující se k duševnímu nebo závislostnímu onemocnění (Kuda, 2003).

Práce s rodinnými příslušníky – pocity viny a únava z dlouhodobějšího života se závislým dítětem, které mnohdy obsahuje množství různých životních událostí, které mohou být zraňující jak pro rodiče tak pro závislého jsou dědictvím závislostního chování, ale také mnohdy produktem patologické symptomatologie v rodinném systému (Kuda, 2003). Zapojení rodiny je vykročením k budoucím zdravím vztahům, které je potřeba budovat a ošetřovat stejně tak jako přijetí změny závislého a jeho osobnostních změn po

absolvované léčbě v průběhu doléčovacího procesu. Neřešení rodinných vztahů a nezapojení rodiny do procesu údravy klienta může vytvářet tlak i napětí, které mohou být zdrojem následného relapsu (Kalina, 2015). Také je důležité zmínit skupiny rodičů, kteří díky skupinovému procesu mohou sdílet zkušenosti s vlastním řešením specifických nároků s dítětem, mnohdy dospělým závislým. Výměna zkušeností a zlepšování náhledu na danou situaci umožňuje rodičům získat motivaci ke změně vlastních vzorců chování a celý systém rodiny se může snadněji přes adiktologickou událost svého člena snadněji přenést (Kuda, 2003).

Nabídka volnočasových aktivit – patří do běžného každodenního životního cyklu. U osob s adiktologickým problémem se setkáváme se snahou vše v relativně krátkém čase vyřešit. Zejména v oblasti dluhů mají klienti více zaměstnání a na plnění svých potřeb čas smysluplně nevynakládají. Naučit se užívat život bez drog je pak mnohdy velký problém s možnými dopady na relapsující chování, kdy následuje odměna za vynaloženou námahu v podobě užití návykové látky. Vytvoření časového harmonogramu, skloubení péče o sebe se zaměstnáním a péčí o domácnost vyžaduje u osob s problémem závislosti vracejícím se ze specializovaných zdravotnických zařízení značnou časovou náročnost (Kuda, 2003, 2008).

2 Bydlení

2.1 Vymezení základních pojmů

Pojem bydlení

I když je definice bydlení nejednotná, pro mnoho lidí „mít střechu nad hlavou“ je základní potřebou, která jim dává pohodu bydlení. Jak uvádí Baková (1997), mít bydlení znamená mít bezpečné prostředí spojené s pocitem osobní svobody, seberealizace, zároveň možností odpočinku, kde se člověk cítí bezpečně.

Goller, Prostějovská, Brožová (2009) uvádějí, že bydlení můžeme definovat jako soubor činností, které souvisí s užíváním obydlí. Naproti tomu Poláková (2006) doplňuje, že bydlení je soukromý statek, který po delší době bude vyžadovat investiční a ekonomickou aktivitu, která se neobejde bez řízené intervence státu, či obce.

Funkce bydlení

V procesu bydlení probíhá řada aktivit, kterými člověk uspokojuje své životní potřeby. Ty se dle Kanické (2008) dělí do čtyř základních skupin:

1. Biologická – zde spadá spánek, strava, sexuální život,
2. hospodářská – vaření, úklid, praní,
3. společenská – komunikace mezi členy domácnosti, návštěvy,
4. pracovní – práce, studium, podnikatelské aktivity.

V České republice jsou existenční podmínky zabezpečeny právními normami. Těmi se stát zavazuje zajistit občanům mezinárodně uznávaný rozsah práv občana vůči společnosti (Rektořík, 2001). Člení se do tří strukturovaných skupin:

- Funkce biosociální povahy:
 - ochrana člověka před nepříznivými vlivy přírody a civilizace,
 - zajišťování výživy členů rodiny, příprava a spotřeba jídla, skladování potravin,
 - zajištění spánku a odpočinku jednotlivých členů rodiny,
 - realizace vlastního rodinného života včetně sexuálního, rození dětí a jejich výchovy,
 - hygiena, péče o čistotu a zdraví členů rodiny,
 - společenské vazby v rodinném i sousedském či přátelském prostředí.

Jedná se o nejstarší skupinu potřeb, jejich zajištění je ekonomicky nákladné. Je silně ovlivněna materiální úrovní a kvalitou obydlí (Šilhánková, 2006).

- Funkce socioekonomické povahy:

- úsilí o získání samostatného bytu, pracovní a technické aktivity při výstavbě či rekonstrukci,
- aktivity spojené s užíváním bytu,
- využívání služeb občanské vybavenosti,
- užívání dostupných služeb technické infrastruktury,
- pracovní aktivity spojené se zajišťováním prvotních potřeb bydlení,
- sousedské vztahy a společenské kontakty,
- příprava na práci, studium, zvyšování kvalifikace,
- intelektuální pracovní aktivity, drobné podnikání realizované v obytném prostředí.

Funkce této kategorie silně závisí na technologickém a civilizačním vývoji. V praxi se stává, že nároky na bydlení v rámci těchto aktivit silně převažují ekonomické možnosti jednotlivých obyvatelů.

- Funkce sociokulturní povahy:

- občanská seberealizace jednotlivců i rodin,
- zájmové aktivity sociálních subjektů i skupin,
- společenské kontakty a potřeba zábavy,
- rekreační a sportovně-rehabilitační činnosti, které často směřují do sportovních a rekreačních areálů či parků,
- potřeby kulturního rozvoje lidí, jejich celoživotní a osobní vzdělávání,
- potřeby specificky osobnostní.

Do této struktury spadají aktivity, které souvisí s tzv. volnočasovým bydlením, které může být např. chata, zahrádkářská kolonie apod.

Z uvedených skupin vyplývá, že funkce bydlení tvoří vzájemně se prolínající činnosti, kterými člověk uspokojuje své životní potřeby a seberealizaci. Potřeba bydlení je jedna z největších a nejtěžších investic v životě člověka. Pokud se tato potřeba podaří uspokojit a naplnit, přispívá k psychické i fyzické pohodě člověka a vytváří podmínky pro harmonický rozvoj osobnosti (Goller a kol., 2009).

2.2 Druhy příspěvků a dávek na bydlení

Sociální událost

V každém lidském období života se stane událost, která může negativně nebo také pozitivně ovlivnit život člověka. Některé události mohou ovlivnit „jenom“ život jedince, ale některé mohou postihnout celou rodinu. Tyto události se dle právního řádu nazývají sociální události. Samotný pojem sociální události je často definován jako „*nepříznivé životní situace, při kterých náleží nebo může být poskytnuta některá z dávek nebo služeb sociálního zabezpečení.*“ (Gregorová, Galvas 2005). Další definice dle Tomeše je sociální událost jako „*sociální riziko, které je společensky uznáno za závažné, ekonomicky i sociálně ohrožuje existenci člověka a jeho řešení vyžaduje společenskou ochranu, neboť postižená osoba nebo její rodina nejsou s to jeho následky odvrátit vlastními silami.*“

Se sociální událostí, jakou je například stárnutí, se potýká každý člověk. Ze svého okolí zná každý člověk domácnost, jejíž život ovlivnila nemoc, nezaměstnanost, úraz, invalidita nebo smrt. Jako velkým a významným zásahem do života člověka je rozpad rodinných vztahů. Ať je to rozvod, domácí násilí nebo odchod dětí od rodičů. Ovšem, existují sociální události, které jsou spojeny s radostnými událostmi, jako je těhotenství, porod nebo výchova dětí.

Koldinská (2013) dělí sociální události na:

- přirozené
 - biologické (stárání, smrt, narození dítěte apod.),
 - sociální (důchodový věk, zaměstnání apod.),
- nepřirozené
 - biologické (invalidita, nemoc apod.),
 - sociální (chudoba, nezaměstnanost apod.).

V právním řádu ČR tvoří základ sociálních událostí ustanovení v Listině lidských práv a svobod, která odkazuje na podrobnější zákonnou úpravu v právních předpisech sociálního zabezpečení, kde jsou jednotlivé sociální události podrobně vymezeny.

Sociální pomoc

Sociální pomoc je poskytována prostřednictvím různých sociálních dávek nebo pomocí sociálních služeb. Poskytuje pomoc osobám, které potřebují zajištění základních životních podmínek, kteří nejsou účastníky sociálního pojištění, a kterým nelze pomoci ze

státní podpory. Tato sociální událost může nastat v okamžiku nedostatku příjmu, ke které došlo následkem např. ztrátou zaměstnání, a tím neschopnost jedince zabezpečit sebe a osoby na něm závislé.

Pro sociální pomoc je typická vysoká míra solidarity, individualizace a subsidiarity.

V Listině základních práv a svobod je v souvislosti s bydlením upraveno pouze právo na pomoc v hmotné nouzi. Ztráta bydlení může vyvolat stav hmotné nouze, a povinnosti státu je poskytnutí pomoci každému, kdo se v takové tíživé situaci ocitne. Historie je na podkladě čl. 30 odst. 2 Listiny základních práv a svobod ČR: „*Každý, kdo je v hmotné nouzi, má právo na takovou pomoc, která je nezbytná pro zajištění základních životních podmínek.*“ Právo na pomoc v hmotné nouzi podle čl. 30 odst. 2 Listiny základních práv a svobod lze realizovat pouze v mezích zákonů, které ustanovení provádějí.

Sociální zabezpečení pomáhá ve třech formách:

- sociální dávky
 - jedná se o pojistné plnění pro případ indispozice získat vlastní příjem z důvodu nemoci (nemocenské dávky), ztráty zaměstnání (podpora v nezaměstnanosti), stáří (odchod do důchodu), nezaopatřené děti (přídavky),
- sociální azyly
 - pro případ ztráty domova. Jsou poskytovány lidem, kteří se o sebe nemohou z ekonomických, sociálních nebo zdravotních důvodů postarat,
- sociální služby
 - pomoc postiženým lidem. Služby se poskytují formou ambulantní, pobytovou nebo v přirozeném prostředí klientů.

Základní právní úpravy sociální pomoci v České republice jsou tyto:

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších právních předpisů,
- vyhláška č. 505/2006 Sb., k provedení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších právních předpisů.

Tento zákon upravuje podmínky o poskytování sociální pomoci a podpory lidem, kteří se nacházejí v nepříznivé sociální situaci pomocí sociálních služeb a prostředků, aby se

zamezilo sociálnímu propadu a vyloučení. Vyhláška zase provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

- Zákona č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi

Tento zákon upravuje nedostatek příjmu k uhrazení nákladů na bydlení a na ochranu proti chudobě a sociálnímu vyloučení fyzickým osobám prostřednictvím dávek v hmotné nouzi.

- příspěvek na živobytí § 21 – nárok má osoba, která se nachází v hmotné nouzi. Částka se může navýšit, pokud zdravotní stav osoby vyžaduje podle doporučení odborného lékaře zvýšit náklady např. na dietní stravování.
 - doplatek na bydlení §33 – nárok má osoba, která užívá byt na základě nájemní smlouvy. Podmínkou je získání nároku na příspěvek na bydlení. V případech hodných zvláštního zřetele může orgán pomoci v hmotné nouzi rozhodnout, že za nájemce považuje pro účely doplatku na bydlení i osobu dlouhodobě užívající jinou než standardní formu bydlení. V těchto případech se však uznatelné (odůvodněné) náklady započítávají v pobytových sociálních službách do výše, která je v místě obvyklá, maximálně však do výše normativních nákladů na bydlení podle zákona o státní sociální podpoře.
 - mimořádná okamžitá pomoc §36 – je dávkou jednorázovou až do výše 1 000,-Kč. Vyplácí se v penězích nebo věcné formě, popř. oběma typy. Vyplácí se bezodkladně.
- Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších právních předpisů
- Tento zákon upravuje minimální hranici peněžních příjmů fyzických osob nutných k zajištění výživy a ostatních základních osobních potřeb. Životní ani existenční minimum nezahrnuje náklady na bydlení.
- životní minimum jednotlivce §2 – částka na jednotlivce měsíčně činí 3 410,-Kč. Za jednotlivce je považována osoba, která není posuzována s jinými osobami, které jsou v zákoně uvedeny.
 - existenční minimum §5 - částka na jednotlivce měsíčně činí 2 200,-Kč. Na tuto sociální dávku nemá nárok nezaopatřené dítě, osoba starší 68 let, poživatel starobního důchodu a osoba, která má III. stupeň invalidity. Částka se může zvýšit např. z důvodu výkonu veřejné služby v rozsahu alespoň 20 hodin měsíčně.

Sociální služby

Mezi služby poskytované oprávněným osobám lze zařadit například: sociální poradenství, sociálně zdravotní služby, sociální rehabilitaci, osobní asistenci, pečovatelské služby, podporované bydlení, odlehčovací služby, azylové domy, osobní asistence, denní nebo týdenní stacionáře, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, kontaktní centra, nízkoprahová centra, různé terénní programy apod.. Dle potřeby klienta je nabídnuta související služba. Sociální služby mohou být poskytovány bez úplaty nebo za úplatu, tzv. fakultativní služby (služby, které jsou poskytovány nad rámec základních činností).

3 Systém bydlení

Bydlení je jedna ze základních lidských potřeb. Poskytuje člověku jistotu domova a zázemí. Ztráta bydlení může být pro člověka obrovskou zátěží jak po stránce sociální, tak psychické. Ovlivňuje lidskou důstojnost, osobnost, a pokud tato potřeba není uspokojena, následuje vyloučení ze společnosti a s tím spojené nežádoucí jevy, jako např. bezdomovectví, kriminalita apod. V České republice neexistuje všeobecně uznávaná definice. Řadí se zde pojmy jako byt a bydlení, které se používají pro označení obydlí. Rozdíl je v tom, že byt je chápán jako bytová jednotka, a je spotřebním statkem. Kdežto bydlení je jeden ze základních spotřebních statků, a je statkem nezbytným (Poláková a kol., 2006). Goller a spol. (2009) uvádí, že: „*bydlení můžeme definovat jako soubor činností souvisejících s užíváním obydlí*“. Obdobně definuje bydlení Kanická (2008): „*bydlení je složitý komplex činností, které uspokojují základní potřeby člověka, jimiž jsou potřeba biologická, hospodářská, společenská a pracovní*“. Všeobecná deklarace lidských práv v článku 25. zase říká, že: „*každý má právo na takovou životní úroveň, která by byla s to zajistit jeho zdraví a blahobyt i zdraví a blahobyt jeho rodiny, počítajíc v to zejména výživu, šatstvo, byt a lékařskou péči, jakož i nezbytná sociální opatření...*“. I když neexistuje jednotná definice, můžeme konstatovat shodu v tom, že bydlení je proces spojený s užíváním lidských obydlí. V mnoha mezinárodních dokumentech i ústavách je právo na bydlení zakotveno. Ovšem, nejedná se o právo, které by si mohl člověk vůči společnosti nárokovat.

Koncepcí bydlení se zabývá i Ministerstvo pro místní rozvoj, které dne 27. 7. 2016 schválilo revidovanou Koncepci bydlení České republiky do roku 2020. Jedna z částí se zaměřuje na využitelnost neobydlených bytů, které by svým účelem měly sloužit k bydlení. Dle MMR ČR neexistuje plošný bytový deficit, ale připouští, že v žádaných lokalitách jakou je například Praha, Brno a jiná větší města panuje poměrně velký rozdíl mezi nabídkou a možnostmi výdajů, které je rodina či jednotlivec schopni zaplatit. Z toho vyplývá závažný problém nedostatku cenově dostupných bytů, tedy, nízká dostupnost bydlení pro sociálně slabší domácnosti. Tady vzniká prostor pro intervenci ze strany státu, který může pomoci formou podporované investice do nové výstavby nebo podpořit stávající bytové fondy. Ovšem, aby tato podpora byla efektivní, měla by být ve vzájemné součinnosti územních samosprávních celků. Další možnou formou podpory poptávky je

zvyšování finančních příjmů domácností poskytnutím dávek na bydlení. Příjmy většiny domácností neumožňují bezproblémový přístup k bydlení. V některých případech zůstane pomoc státu nezbytná. Ovšem i zde může nastat problém. S poskytnutím dávek vzroste poptávka po bydlení, tím pádem vzrostou i jeho ceny. Mnoho domácností je silně zatíženo výdaji na bydlení, ale tato zátěž není zmírňovaná adekvátními sociálními dávkami.

Zásadní volbou při poptávce bydlení, zda rodina či jednotlivec se rozhodnou pro bydlení vlastnické nebo nájemní mají dle Luxe (2002) tyto faktory:

- Demografické a sociální faktory
 - Společenský status domácnosti
 - Zaměstnání či ekonomická aktivita poptávajících
 - Současné demografické trendy (odkládání sňatku či narození prvního dítěte)
- Finanční faktory
 - Očekávání ohledně budoucích příjmů domácnosti
 - Výše nákladů spojená s koupí vlastnického bydlení
 - Očekávané zhodnocení vlastnického bydlení jako investice v budoucnosti
- Politika státu
 - Bytová politika státu
 - Legislativní ochrana nájemních práv

Ministerstvo práce a sociálních věcí spolu s členy pracovních skupin, např. z Platformy pro sociální bydlení a dalšími odborníky, roku 2014 zpracovali Koncepci sociálního bydlení pro osoby v bytové nouzi ČR 2015 – 2025. Výsledkem je specifikace ohrožených skupin, kterým by měl být zabezpečen přístup k sociálnímu bydlení. Pokud člověk žije v nevyhovujících podmínkách nebo dokonce ztratí bydlení, pak velmi často hrozí sociální vyloučení, doprovázené negativními společenskými jevy, jakými jsou bezdomovectví, kriminalita, nezaměstnanost a další.

Není jednoduché vymezit pojem bezdomovectví. Obecně je „*bezdomovství více než nedostatkem přístřeší a více než chudobou. Je součástí širšího procesu marginalizace založeného na neschopnosti bezdomovců participovat na způsob života, který je standardní pro většinu populace.*“ Mareš (1999). Jinou definici uvádí Vágnerová (2004), podle které bezdomovec „*může být osobou bez trvalého bydliště nebo je osobou bez přístřeší, která sice oficiálně trvalé bydliště má, ale z nějakého důvodu jej nechce nebo*

nemůže užívat. Tento člověk nemá ani zaměstnání a rodinu, resp. jeho vztahy s příbuznými jsou natolik narušené, že zcela ztratily svou funkci. Nemá téměř žádné vazby ke společnosti, zůstává izolován na jejím okraji.“

Bezdomovectví lze podle Tomeše (2001) rozdělit na:

- Zjevné bezdomovectví – tito lidé se zdržují na veřejných prostorách, např. nádraží, parky a nocují venku. Velká část těchto lidí navštěvuje nízkoprahová centra, kde dostanou najíst a postarají se o základní hygienu. Ve většině případů se jedná o muže.
- Skryté bezdomovectví – tito lidé si chtějí udržet svoji „svobodu“. Nerespektují žádná pravidla, nenavštěvují žádné služby, ani se v jejich nabídkách neorientují. V těchto případech se jedná spíše o ženy, které bydlí u známých kamarádů. Problém je v tom, že tyto ženy mají u sebe děti.
- Potencionální bezdomovectví – tito lidé mají své bydlení, ale za určitých podmínek, např. bydlení bez uzavřené nájemní smlouvy, azylové domy, které mají omezený pobyt, ztráta zaměstnání, z toho vyplívá neplacení nájmu apod. Poté se z člověka stává člověk bez domova.

Pomoci z tohoto bludného kruhu mohou např. státní instituce nebo nestátní neziskové organizace poskytující v České republice sociální služby ve smyslu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, které jsou nástrojem politiky ČR. Sociální službou se dle zákona o sociálních službách „rozumí činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení“. Z hlediska sociální práce se otázkám bydlení, bezdomovectví a vyloučeným lokalitám více věnují neziskové organizace, které v této oblasti provádějí svou činnost.

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů apod.

V České republice je silně diskutované téma sociální bydlení. Vláda se snaží tento pojem sociální bydlení ukotvit zákonem, ale doposud se to žádné vládě nepodařilo. Tato problematika spadá pod Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV), které kromě Návrhu koncepčního řešení problematiky sociálního bydlení v České republice 2015 – 2025 vytváří i paragrafové znění zákona o sociálním bydlení a to na základě Koncepce

sociálního bydlení. Navrhovaný systém sociálního bydlení byl poprvé vymezen ve strategickém materiálu “Koncepte sociálního bydlení České republiky 2015 - 2025”, který 12. října 2015 schválila usnesením č. 810 vláda České republiky.

Nutnost sociálního bydlení je ovlivněna zejména špatnou dostupností bydlení, která má mnoho faktorů, např. špatná finanční situace, velkou roli hraje diskriminační tlak ve společnosti apod. Sociální bydlení je určeno osobám, které se nacházejí v bezprostředním ohrožení, trpí bytovou nouzí, anebo jejich výše příjmů je nepřiměřeně vysoká na pokrytí bydlení. Ministerstvem zpracovaná koncepce má Systém sociálního bydlení rozdělené na tři formy:

- Krizové bydlení

Jedná se o dočasné řešení. Týká se osob, které jsou bez přístřeší a potřebují bezodkladnou pomoc. Maximální doba pobytu je stanovena na šest měsíců a během této doby je možnost využití sociální práce, kde jim sociální pracovníci pomohou se zorientovat zajistit základní potřeby.

- Sociální byt

Sociální byt je určen pro trvalé bydlení, oproti bydlení krizovému. Je standardní a zkolaudován. I zde je využita sociální práce, která je povinná (nutná). Ve většině případů se jedná o pomoc s dluhy, exekucemi, ztrátou zaměstnání apod.

- Dostupný byt

Dostupné bydlení má podobné podmínky, které nabízí nájemní bydlení. Nájem zde nepodléhá tržnímu systému, pro lidi, kteří potřebují sociální bydlení je výhodnější. Sociální práce zde již není povinná.

Je možné projít všemi třemi formami bydlení, nebo je možný vstup do systému sociálního bydlení bez mezistupně. Systém sociálního bydlení je posuzován podle situace člověka individuálně, na základě sociálního šetření (Koncepte sociálního bydlení České republiky 2015-2025, 2016).

Hlavní vizí je důstojné bydlení, které by bylo dostupné každému a působit preventivně proti bezdomovectví.

3.1 Housing First

- Bydlení především (Housing First)

Tento koncept bydlení je především pro osoby, které potřebují intenzivní sociální pomoc, aby byly schopné čelit bezdomovectví. Evropská příručka Bydlení především (2017) uvádí, že cílovou skupinu tvoří lidé bez domova, kteří trpí vážným duševním onemocněním, lidé závislí na návykových látkách nebo lidé ve špatném zdravotním stavu. Také se to týká lidí, kteří jsou dlouhodobě bez přístřeší, nemají rodinu ani přátelé, kteří by jim pomohli. Lidé jsou motivováni k přístupu harm reduction a léčbě, není to od nich však vyžadováno. Mají zde vysokou míru volby a kontroly.

Koncept bydlení Housing First vyvinul psychiatr Dr. Sam Tsemberise z organizace Pathways to Housing v New Yorku, který v letech 1993 až 1997 v USA provedl výzkum, v rámci kterého sledoval osoby bez domova s psychiatrickou diagnózou a osoby, které užívaly drogy. První skupině bylo ihned na začátku poskytnuto dlouhodobé nájemní bydlení. Druhá skupina procházela standartním víceetapovým systémem přechodného bydlení (podobné našemu postupnému bydlení) a postupně se posouvala k nezávislému bydlení s dohledem. Po třech letech bylo své bydlení schopno si udržet celých 84,2 % lidí z první skupiny, z druhé skupiny to bylo již po dvou letech pouhých 59,6 %. Původně se jednalo o program pomoci lidem s duševním onemocněním, kteří žijí na ulici a z nichž mnozí bývají často hospitalizováni na psychiatrických odděleních (Tsemberis, 1999).

Osm základních principů konceptu Bydlení především (Housing First):

- Bydlení je lidské právo
 - výbor OSN stanovil právo na bydlení, podle kterého má člověk právo žít důstojně.
- Možnost volby a kontrola na straně klientů
 - naslouchání a respektování názorů lidí využívajících tuto službu. Člověk by si měl sám rozhodnout, kterou službu bude využívat.
- Oddělení bydlení a podpory
 - získání nebo udržení bydlení není podmíněno požadavkem, aby klient podstoupil protialkoholní léčbu. Bydlení je orientováno na člověka ne na místo.
- Zaměření na zotavení

- důraz je kladen na individuální prospěch člověka. Nejde pouze o to, zda se cítí fyzicky či psychicky zdravý, ale zaměřuje se na celkovou životní spokojenost.
 - Minimalizace rizik, neboli „harm reduction“
- holistický přístup je založený na celou osobnost člověka. Např. při užívání drog a alkoholu, usiluje o řešení všech příčin a následků, nikoliv pouze detoxikační léčbu.
 - Aktivní zapojení bez donucení
- znamená asertivní způsob práce s lidmi. Opírá se o kapitoly Zotavení a Harm reduction.
 - Individuální plánování a flexibilní podpora na potřebnou dobu.
- individuální plánování je zaměřeno na člověka a jeho potřeby. Potřeby se časem mění a podpora se postupem času může rozměňovat. Nakonec člověk může zvládat život bez podpory a žít nezávisle.

3.2 Housing Ready

- Prostupné bydlení (Housing Ready)

Protikladem ke konceptu Housing First je Housing Ready. Zde se jedná o bydlení až po přípravě. Podmínkou k získání trvalého bydlení je nejprve vyřešení ostatních problémů, které brání plnohodnotnému zapojení do společnosti (alkoholismus, drogová závislost, zadlužení apod.), a tím si bydlení zasloužit. V mezidobí je takovému člověku poskytováno pouze přechodné bydlení, například v azylových domech.

3.3 Druhy bydlení

- Azylové bydlení § 57

Azylové domy poskytují pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. Služba obsahuje poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při prosazování práv a zájmů, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Sociální služba je poskytována za úhradu. Klient si zde hradí úhradu za ubytování a stravu. Maximální výši úhrady stanoví prováděcí právní předpis (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

Seznam azylových domů se nachází na internetových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí <http://iregistr.mpsv.cz/>

Zavedením systému sociálního bydlení by se snížily náklady na dávky v oblasti bydlení.

- Ubytovny

Nejedná se o sociální službu, ale o soukromá zařízení, která nabízejí levné ubytování hotelového typu. Jedná se o placenou službu.

III. Praktická část

4 Metodologie výzkumu

V úvodní části metodologie výzkumu se zaměřuji na identifikování výzkumného problému. Poskytování služeb následná péče s doléčovacím programem probíhá v různých lokalitách a oblastech po celé České republice. Pokud se klienti nachází v doléčovacích programech v pobytové formě, klíčovou otázkou je: „jaké jsou potřeby klientů těchto zařízení v oblasti bydlení?“. Mění se tyto potřeby a odpovídá aktuální stav poskytovaných služeb potřebám cílové skupiny? Zkoumání potřeb klientů má napomoci k efektivnímu poskytování služeb při přechodu do většinové společnosti a vhodnými intervencemi tak minimalizovat výskyt relapsu nebo recidivy onemocnění.

Dle registru poskytovatele sociálních služeb MPSV bylo v listopadu 2019 registrováno 56 poskytovatelů služeb následné péče, jejichž cílovou skupinu tvořily osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách. Z toho bylo 23 pobytových a 33 ambulančních následné péče. Držitelé odborné způsobilosti s certifikátem kvality (Libra, 2015) RVKPP na 4 roky je 17 organizací poskytujících služby následné péče s pobytovou formou, které jsou zároveň příjemci dotace z RVKPP, a to ve 13 případech. (www.iregistr.mpsv.cz).

Tato zařízení podporována RVKPP se objevují ve statistických datech Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti dle výroční zprávy 2017. Celková lůžková kapacita programů služeb následné péče v České republice v roce 2017 byla dle této zprávy 325 míst pobytovou formou. Síť doléčovacích certifikovaných zařízení dle Standardů odborné způsobilosti tvoří sociální služby s celkovou kapacitou 217 lůžek, s certifikátem kvality na 4 roky (RVKPP, 2019). Tuto síť tvoří typ sociální služby následné péče dle zákona 108/2006, § 64 Sb. o sociálních službách.

V roce 2017 úspěšně ukončilo léčbu 169 klientů, 156 klientů opustilo program předčasně. Průměrná délka programu na jednoho klienta trvala 177 dnů. Počet klientů ve strukturovaném programu dosáhl 569 osob, v nestrukturovaném programu 280 osob. Významným údajem je 156 klientů v daném roce, kteří opustili pobytový program doléčování předčasně. V kontextu řádu let se jedná o stovky klientů, kteří vypadávají ze

systemu péče a mnohdy se opakovaně vracejí do léčebného kontinua. Výzkum této práce se zaměřuje na analýzu potřeb v oblasti bydlení proto, aby ověřil, zda má vztah bydlení k předčasnému vypadávání z poskytované péče s dopadem na relaps a recidivu onemocnění.

Oblastí bydlení se jednotlivé organizace zabývají a používají různé metody. Jsou potřeby v této oblasti dostatečně uspokojovány? Tuto otázku si také kladl autor bakalářské práce *Následná péče pro osoby závislé na nealkoholových drogách – systém bydlení* (Vondrka, 2015). Provedl dotazníkové šetření v následné péči v Jeseníku, kterého se zúčastnilo 18 klientů zařízení. Obecnými výstupy šetření bylo, že 83 % klientů nemá kde bydlet, zároveň 44 % klientů uvedlo, že v případě nezvládnutí samostatného bydlení se bude vracet do institucionální péče. Dalším, neméně zajímavým výstupem práce v oblasti bydlení bylo sdělení klientů v podobě využití modelu Housing First (samostatné bydlení). Tuto podporu by využilo 56 % klientů zařízení a 33 % klientů by potřebovalo podporu v bydlení strukturovanou, v podobě Housing Ready (více stupňové, sdílené bydlení – mnohdy podporované). Pouze 11 % klientů v rámci šetření v roce 2015 uvedlo, že by nevyužili žádnou podporu. Na základě dat a současného poznání je potřeba se zaměřit na potřeby klientů doléčovacích center v oblasti bydlení a věřit, že jsou jejich potřeby uspokojovány, a dle toho následně zvolit odpovídající nástroje a intervence pro uskutečnění naplňování jejich potřeb s odkazem na jejich následnou sociální reintegraci.

Analýza potřeb může být velmi jednoduchá studie zahrnující velmi malý počet respondentů, ale může se také jednat o velmi náročný a rozsáhlý výzkum zahrnující stovky respondentů. V tomto kontextu můžeme uvažovat o úrovních, na kterých lze analýzu potřeb provádět. Analýza potřeb na národní úrovni může být např. důležitá pro legislativní změny v dané oblasti, pro komplexní modifikaci služeb, pro efektivní plánování služeb a jejich financování apod. Dále může být analýza potřeb prováděna na regionální, lokální a individuální úrovni (Stevens & Raftery, 2004).

Výstupy práce mohou pomoci poskytovatelům služeb se zaměřit na odpovídající párování potřeb v oblasti bydlení. Očekávaným efektem je odpovídající uspokojování potřeb v oblasti bydlení samotnými poskytovateli služeb se sekundárním dopadem na zvýšení počtu úspěšných klientů služeb následná péče při jejich zpětné reintegraci do společnosti a vliv na případný relaps nebo recidivu onemocnění.

4.1 Cíl výzkumu

Cílem práce je identifikovat potřeby klientů v oblasti bydlení, které mohou být podnětem pro další zlepšování poskytovaných služeb, či zavádění nových nebo chybějících programů, případně může být práce využita pro další zkoumání v oblasti služeb a programů následné péče.

Cílem práce je zjistit a analyzovat potřeby klientů vybraných doléčovacích center v oblasti bydlení.

Do jaké míry služby odpovídají potřebám klientům v oblasti bydlení?

- Srovnání stávajícího řešení s obecně odsouhlasenými potřebami nebo s jiným náhledem na existující potřeby,
- příprava doporučení na zvýšení léčebného pokrytí, účinnosti zadávání služeb a efektivity služeb.

4.2 Formulace výzkumných otázek

Tematickým jádrem práce je analýza potřeb, které je podřízeno získávání ostatních údajů. Jedná se tedy především o snahu zjistit a ověřit:

Vnímání potřeb klientů vybraných doléčovacích center v oblasti bydlení.

Hlavní výzkumná otázka:

Jaké jsou potřeby klientů vybraných doléčovacích center v oblasti bydlení?

Výzkumné otázky:

Má klient zařízení v současné době kde bydlet?

Jakou pomoc s bydlením dostává klient od přátel nebo příbuzných?

Jakou pomoc s bydlením poskytují klientovi místní služby?

Jakou pomoc s bydlením potřebuje klient od místních služeb?

Požadované služby z pohledu klienta?

4.3 Metodologický rámec výzkumu

Pro potřeby výzkumného zjištění byla použita průřezová studie (cros-sectional study). Jedná se o metodu, která se zaměřuje na výskyt nemoci a souvisejících faktorů ve stejném sledovaném období. Výstupem není stanovení příčiny nebo následky onemocnění. Výstupy jsou významné pro zdravotní hodnocení potřeb v populaci.

Analýza potřeb může být velmi jednoduchá studie zahrnující velmi malý počet respondentů, ale může se také jednat o velmi náročný a rozsáhlý výzkum zahrnující stovky respondentů. V tomto kontextu můžeme uvažovat o úrovních, na kterých lze analýzu potřeb provádět. Analýza potřeb na národní úrovni může být např. důležitá pro legislativní změny v dané oblasti, pro komplexní modifikaci služeb, pro efektivní plánování služeb a jejich financování apod. Dále může být analýza potřeb prováděna na regionální, lokální a individuální úrovni (Stevens & Raftery, 2004).

4.4 Metody tvorby dat

Účastníky výzkumu jsou klienti doléčovacích center s pobytovou formou a poskytovatelé služeb následná péče – doléčovací centrum.

Kritéria zařazení do výzkumného šetření.

Jedná se o záměrný výběr zohledňující následující kritéria:

- osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách (definice cílových skupin dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách),
- využívání služeb následné péče pobytovou formou (doléčovací centra) v ČR,
- poskytování kvalitních, účinných a transparentních služeb, které jsou široce akceptovány odbornou veřejností a jsou v souladu se Standardy odborné způsobilosti,
- služby jsou finančně podporovány Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky a tím vykazují data do Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti. Případně absolvovali šetření dle standardů odborné způsobilosti RVKPP,
- Organizace provozující služby následné péče s doléčovacím programem.

Účastníkem analýzy potřeb jsou klienti, kteří v období od 25. 6. 2019 do 13. 09. 2019 využili služeb doléčovacího centra s pobytovou formou na základě uzavřené písemné smlouvy o poskytované službě. Do analýzy potřeb nebyli zařazeni klienti, kteří svou účast na analýze odmítli a klienti, kteří se již dotazníkového šetření účastnili a to tak, aby nedošlo k duplicitě vykazovaných dat. Dále byly do analýzy zahrnuty organizace poskytující služby následné péče s doléčovacím programem.

Ke sběru dat byl využit dotazník, který obsahuje 39 otázek ve čtyřech oblastech, které mají vztah ke zkoumanému výzkumnému problému. Tyto oblasti se vztahují k anamnestickým datům respondenta. Týkají se anamnézy osobní, ekonomické, sociální a zdravotní ve vztahu k adiktologickému problému, který aktuálně mají a řeší je v doléčovacím centru s pobytovou službou.

4.5 Výzkumný soubor

Výběr souboru je upřesněn zákonem 108/2006 § 64 Sb. O sociálních službách, který ukládá poskytovatelům sociálních služeb následná péče registraci poskytovatele sociálních

služeb u příslušného Krajského úřadu. Zkoumání je zaměřeno na klienty pobytových služeb a jejich potřeby v oblasti bydlení po ukončení poskytování pobytové služby nebo chráněného bydlení.

Pro výběrový soubor platí pravidlo certifikace odborné způsobilosti pro adiktologické služby (ambulantní doléčovací program s chráněným bydlením), kteří jsou držitelé Certifikátu odborné způsobilosti na 4 roky. Vymezení souvisí s cílovou skupinou uživatelů návykových látek a garantované kvality zařízení poskytující své služby dle příslušných standardů kvality.

Výběrový soubor byl stanoven dle iregistr.mpsv.cz, poskytovatele sociálních služeb - služeb následné péče s pobytovou formou. Držiteli odborné způsobilosti s Certifikátem kvality (RVKPP, 2019) na 4 roky je 18 organizací poskytujících 20 služeb následné péče pobytovou formou. Podpořenými zařízeními v dotačním řízení RVKPP v roce 2019 bylo 18 organizací. Organizace poskytující služby dle certifikace odborné způsobilosti ambulantní doléčovací program s chráněným bydlením jsou držitelé certifikátu odborné způsobilosti a jsou zároveň příjemci státní účelové dotace RVKPP. Jedná se o výběrový soubor monitorovaný národním monitorovacím centrem pro drogy a drogové závislosti. Organizace splňující zadaná kritéria výběrového souboru: ADVAITA, z.ú., Centrum protidrogové prevence a terapie, o.p.s., Centrum sociálních služeb Děčín, Darmoděj z.ú., Diecézní charita Brno - OCH Jihlava, Třebíč, Krok Kyjov, z.ú., Lotos - doléčovací centrum, o.p.s., Magdaléna, o.p.s., P-centrum, z.s., POINT 14, z.ú., PREVENT 99 z.ú., Renarkon, o.p.s., SANANIM z.ú., Společnost Podané ruce o.p.s., WHITE LIGHT I. z.ú.

Celková lůžková kapacita organizací poskytujících služby následné péče pobytovou formou v roce 2019 je 217 lůžek.

4.6 Etika výzkumu

Provádění výzkumných šetření s sebou přináší rozsáhlé množství problematických oblastí a je potřeba o těchto oblastech uvažovat. Tyto oblasti je potřeba rozdělit do několika rovin. Jednou z rovin může být vliv výzkumníka na oblast zkoumání a jeho ovlivnění. V této oblasti je potřeba zajistit ochranu účastníků výzkumu a výzkumníka (Miovský, 2006).

Výzkumné šetření nemá v žádném případě srovnávat jednotlivá zařízení poskytovatelů ani ovlivňovat respondenty výzkumu. Organizace se mohly rozhodnout, zda

se výzkumu zúčastní sami anebo zda umožní vstup výzkumníka do zařízení. Zároveň samotní respondenti se mohli rozhodnout, zda se výzkumného šetření zúčastní.

Dotazník je anonymizován a to zajišťuje anonymitu respondentů jednotlivých programů. Zároveň bylo u organizací poskytujících výzkumný prostor zajištěno bezpečí ve formě možnosti vlastního sběru dat prostřednictvím dotazníku a zajištěním si tak bezpečného prostředí v průběhu výzkumného šetření. Organizace se účastnili dobrovolně.

4.7 Časový harmonogram výzkumu

Výzkumné šetření I. bylo provedeno od 25. 6. 2019 do 7. 7. 2019 v pobytových službách následné péče/ doléčovací programy. Počet účastníků výzkumu bylo 52 respondentů. Prodloužení dotazníkového šetření mělo zajistit reprezentativnost získaných dat. Výzkumné šetření II. bylo zahájeno od 13. 8. 2019 do 13. 9. 2019 v pobytových službách následné péče / doléčovací programy.

5 Vyhodnocení získaných dat - výsledky

Výběrový soubor tvořili organizace splňující stanovená kritéria pro provedení výzkumného šetření. Organizacím byl elektronickou formou zaslán oslovující dopis s žádostí o účast na studentském výzkumu. V prvním kole výzkumu se výzkumného šetření zúčastnilo 6 organizací. Některé organizace si po dohodě s výzkumníkem provedli výzkumné šetření sami a dotazníky následně zaslali poštou. Organizace působící v Jeseníku a v Plzni umožnili sběr dat u respondentů výzkumu přímo v zařízení. Další organizace potřebovali pro umožnění výzkumného šetření souhlas klientů a vyžadované získání času bylo mimo rámec časového období pro sběr dat. Tedy časová dotace 14 dní nebyla dle některých organizací dostatečná.

Ve druhém kole bylo umožněno, aby se výzkumného šetření účastnili i organizace, které se účastnili v prvním kole, ale za předpokladu, že dotazník bude předán jen těm respondentům výzkumu, kteří se neúčastnili v prvním kole dotazníkového šetření.

Organizací, které se výzkumu účastnilo, bylo 7, počet respondentů byl 76. Počet respondentů a organizací tak tvoří dostatečný výběrový soubor pro získání potřebných statistických dat.

Tabulka 1: První kolo sběru dat v termínu 25. 6. – 7. 7. 2019

organizace	město	kapacita zařízení	Počet respondentů
Darmoděj z.ú.	Jeseník	22 lůžek	21
Magdalena, o.p.s	Mníšek pod Brdy	8 lůžek	5
Centrum protidrogové prevence a terapie, o.p.s.	Plzeň	11 lůžek	9
Diecézní charita Brno	Třebíč	6 lůžek	3
P-centrum, spolek	Olomouc	12 lůžek	3
Renarkon, o.p.s	Ostrava	16 lůžek	11
Celkem	6 organizací	75 lůžek	Počet účastníků 52

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 2: Druhé kolo sběru dat v termínu 13. 8. – 13. 9. 2019

organizace	město	kapacita zařízení	Počet respondentů
Darmoděj z.ú.	Jeseník	22 lůžek	8
Diecézní charita Brno	Třebíč	6 lůžek	2
ADVAITA, z.ú.	Liberec	10 lůžek	12
Renarkon, o.p.s	Ostrava	16 lůžek	2
Celkem	4 organizace	54 lůžek	Počet účastníků 24

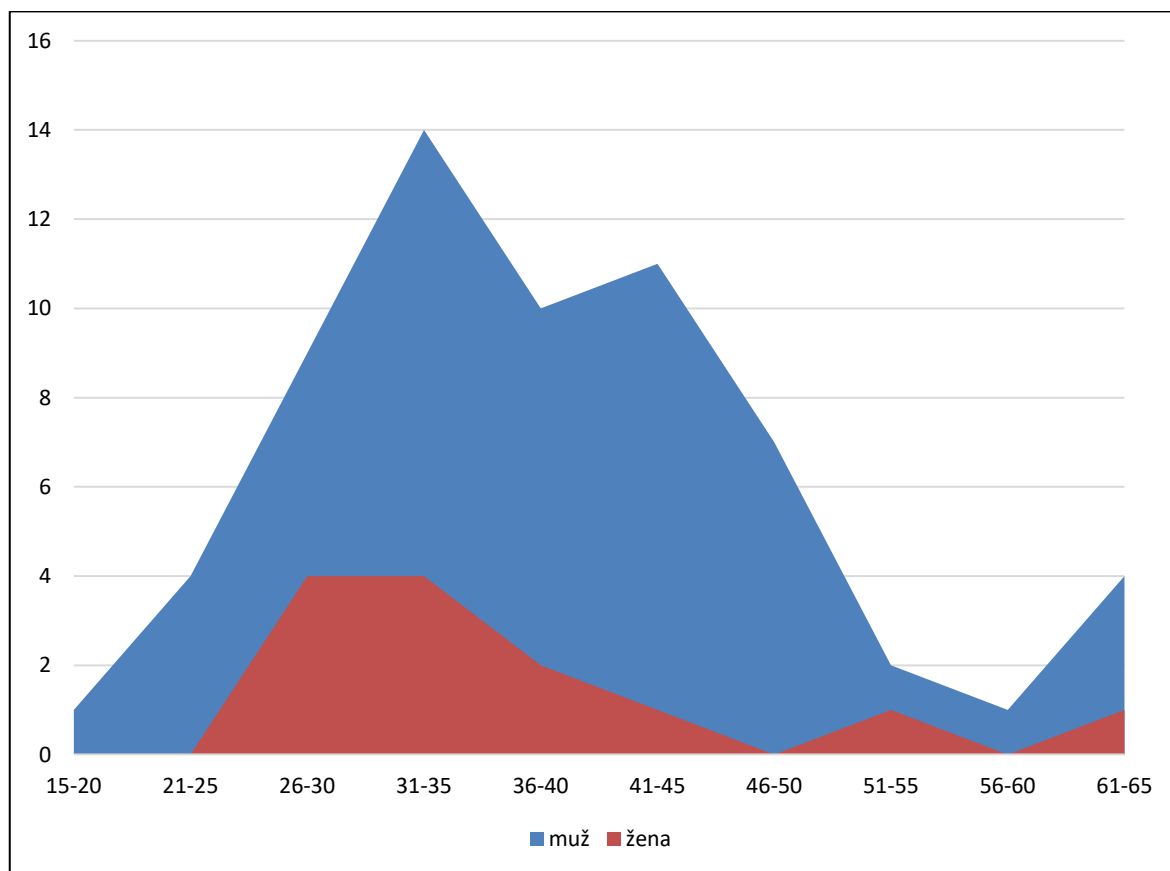
Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení statistických dat probíhalo formou přepisu jednotlivých dotazníků do elektronické verze. Přepis a následná kontrola přepisu dat probíhala opakovaně tak, aby nedošlo ke zkreslení vyhodnocovaných dat. Samotné zpracování výsledků včetně výstupních tabulek a názorných grafů bylo provedeno v softwaru Microsoft Office Excel pomocí popisné statistiky a kontingenčních tabulek.

Vyhodnocení dotazníku:

Celkový počet účastníku výzkumu je 76 respondentů. Výzkumný soubor tvoří 63 mužů a 13 žen. Věková struktura respondentů je nejvýrazněji zastoupena ve středním věku. U mužů ve 14 případech ve věkovém rozmezí 31 – 35 let, v kategorii 36 – 40 let se jedná o 10 respondentů a v kategorii 41- 45 let je počet respondentů 11. Období věku od 31 let do 45 let je nejvíce zastoupeno u mužů v celkovém počtu 35 respondentů. Věkové zastoupení žen je ve 4 případech v kategorii 26 -30 let, 4 respondentky jsou v kategorii 31 – 35 let. Respondentky jsou nejvíce zastoupeny v 8 případech, v kategorii od 26 - 35 let.

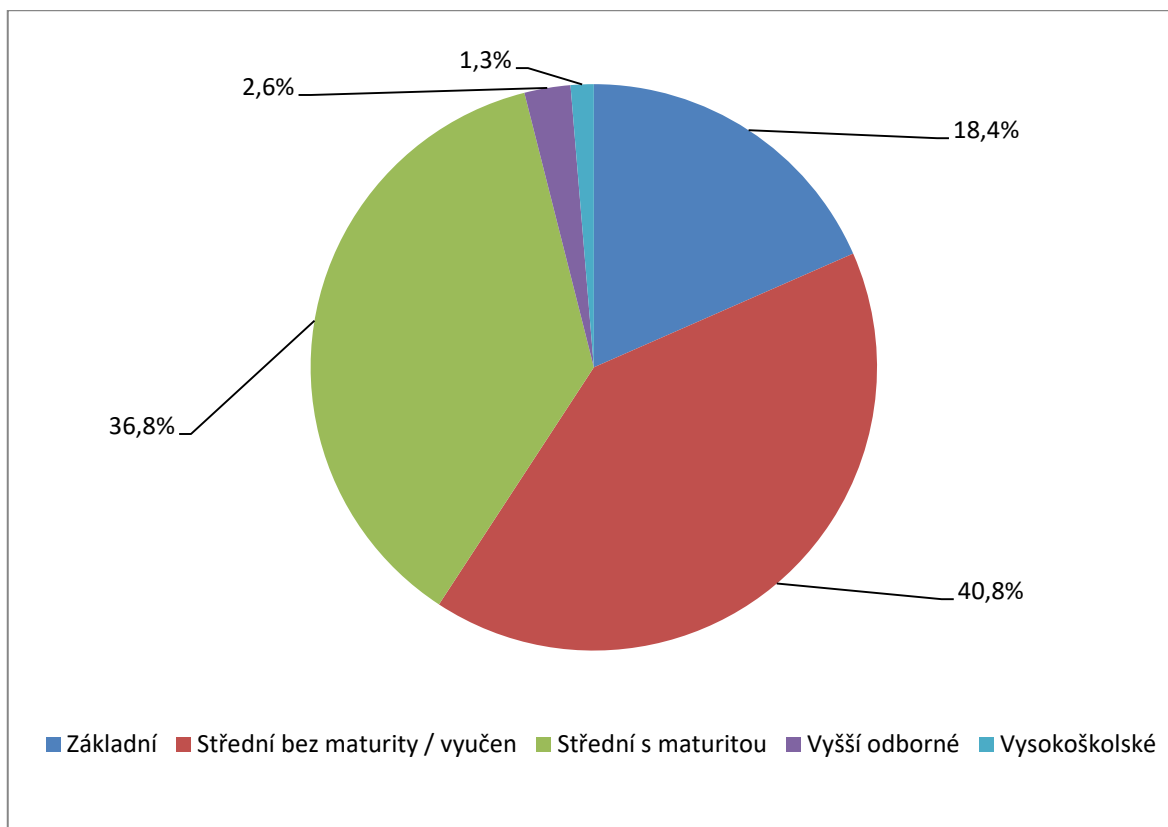
Graf 1: Počet klientů podle pohlaví a věkových skupin



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvyšší dokončené vzdělání je ve 31 případech střední bez maturity / vyučení a tvoří tak 40,8 % výzkumného souboru. Středoškolské vzdělání s maturitou má 28 respondentů a tvoří tak 36,8 % zastoupení. Základní vzdělání uvedlo 14 respondentů.

Graf 2: Nejvyšší dokončení vzdělání klientů (v %)

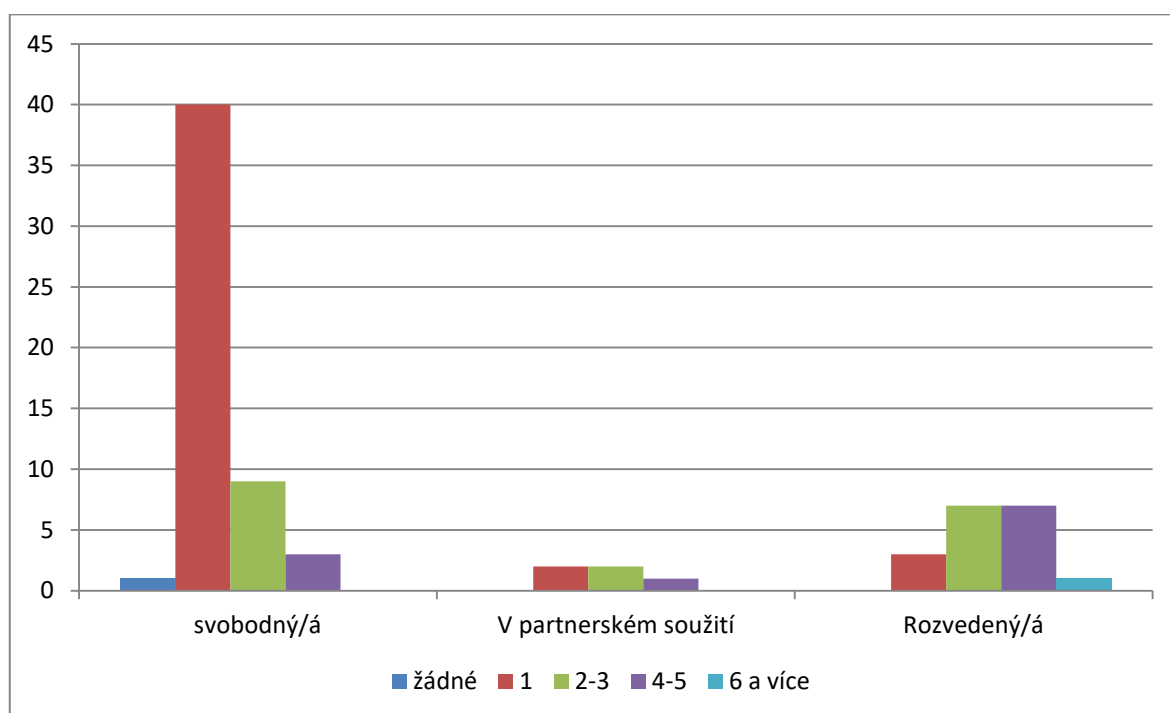


Zdroj: Vlastní výzkum

Výzkumný soubor je zastoupen v 53 případech klienty, kteří uvedli, že jejich rodinný stav je svobodný. Počet klientů žijících v partnerském soužití je 5. V manželském svazku není žádný účastník výzkumného šetření. Rozvedených respondentů je 18.

Respondenti, kteří uvedli, že jsou svobodní, nemají ve 41 případech žádné děti. V 9 případech mají 1 vlastní dítě, ve 3 případech 2-3 vlastní děti. Klienti žijící v partnerském soužití uvedli ve 2 případech, že vlastní děti nemají. Alespoň 1 dítě uvedli dva respondenti. Jeden respondent uvedl 2-3 děti, v partnerském soužití. Rozvedení klienti uvedli, že v 7 případech mají 1 vlastní dítě a 2-3 děti uvedli klienti v 7 případech. Jeden rozvedený klient uvedl 6 a více dětí.

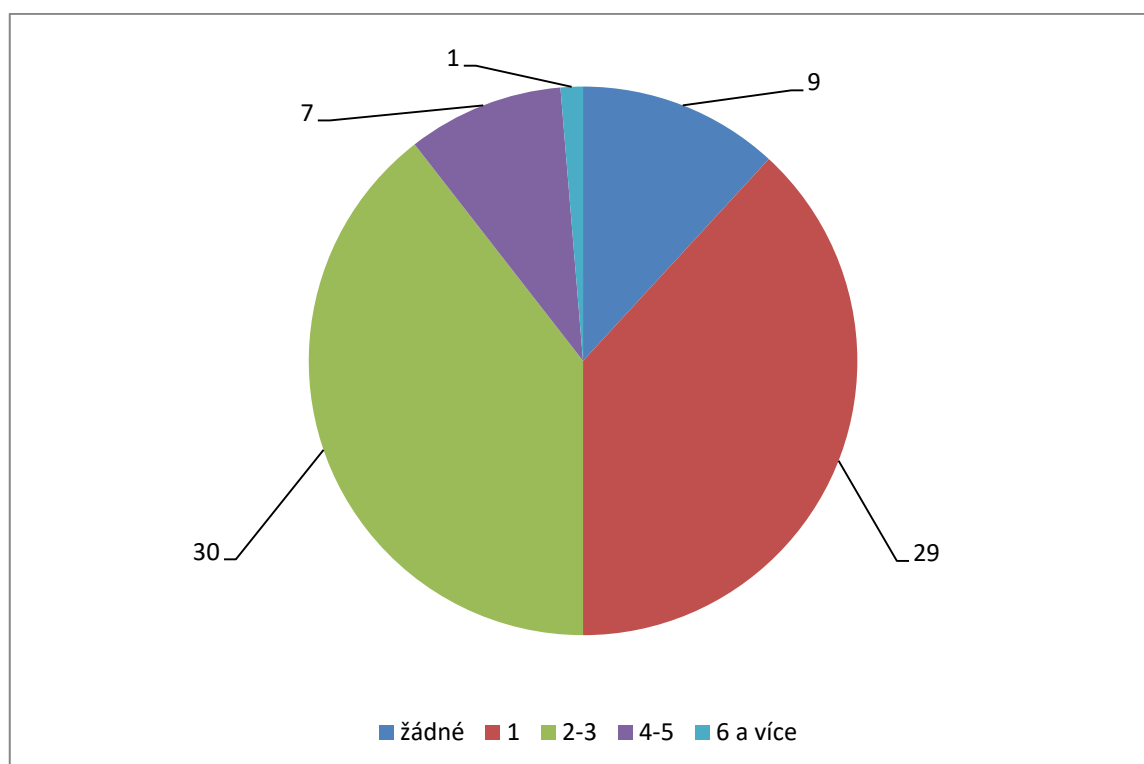
Graf 3: Počet dětí podle rodinného vztahu klientů



Zdroj: Vlastní výzkum

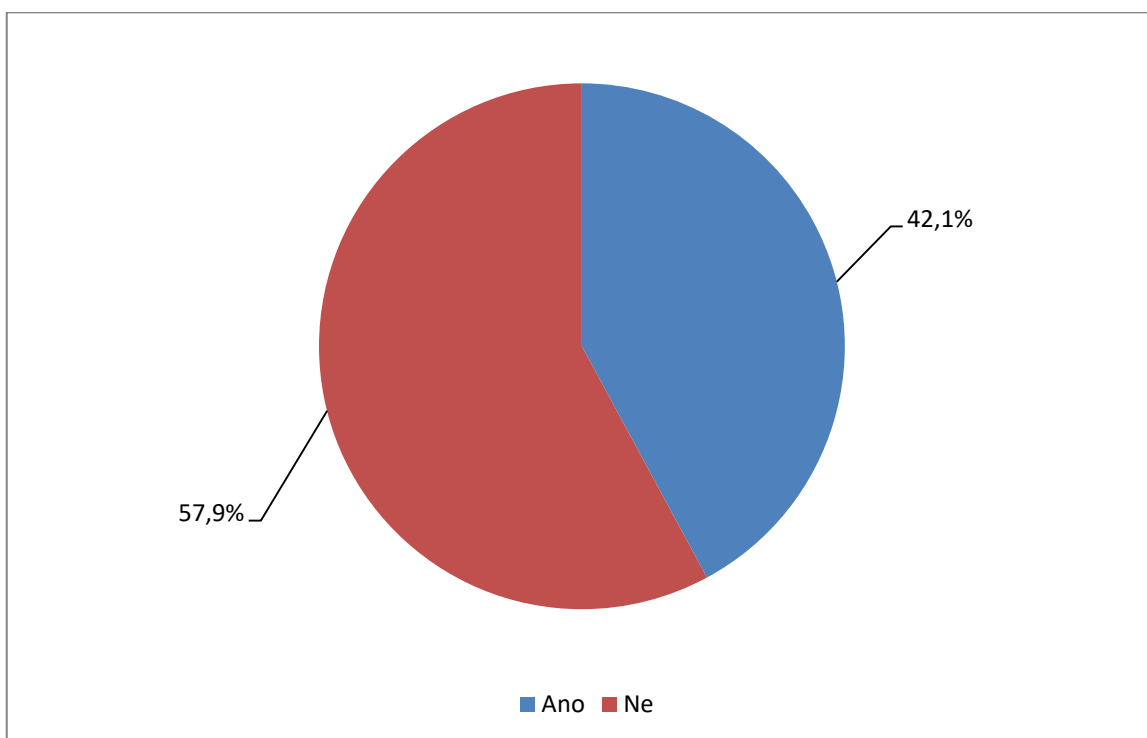
Počet klientů, kteří mají sourozence, je ve 30 případech zastoupen v kategorii 2-3. Jednoho sourozence uvedlo 29 respondentů. Počet klientů bez sourozence je 9.

Graf 4: Počet sourozenců klientů



Zdroj: Vlastní výzkum

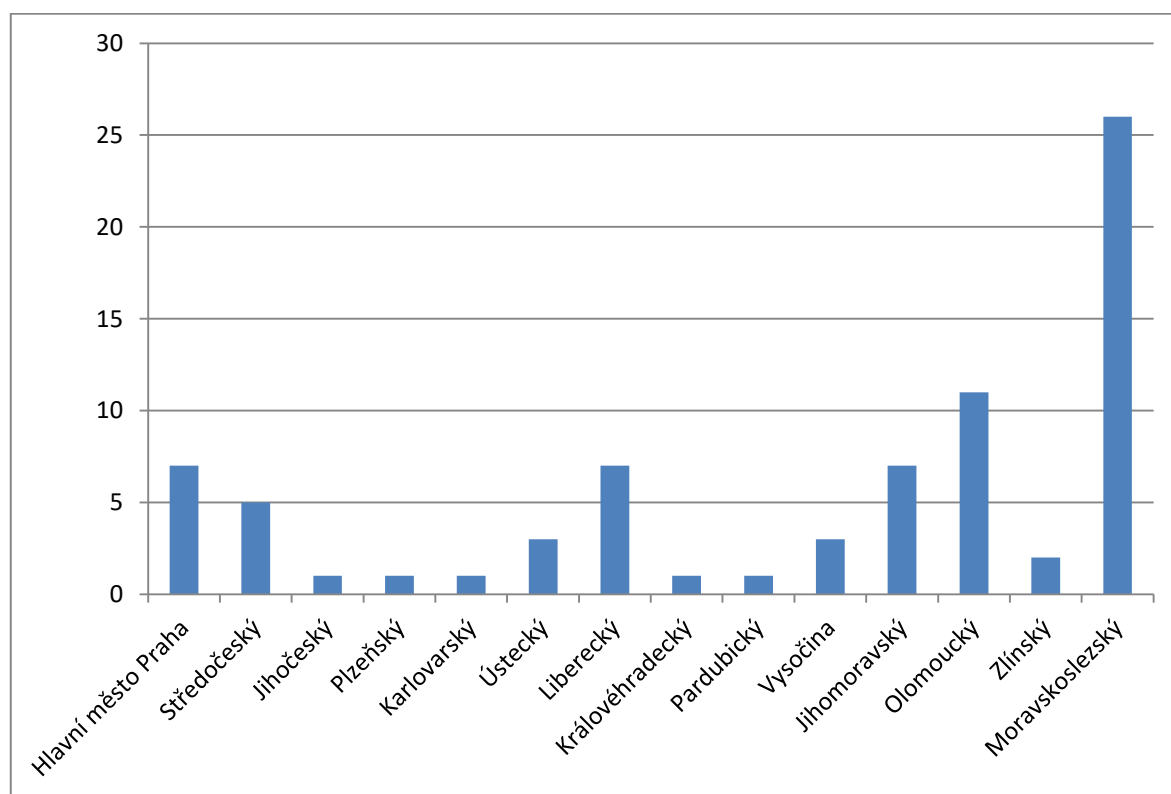
Graf 5: Odsouzení klientů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Počet klientů, kteří uvedli, že měli konflikt se zákonem je zastoupen ve 42,1 %.

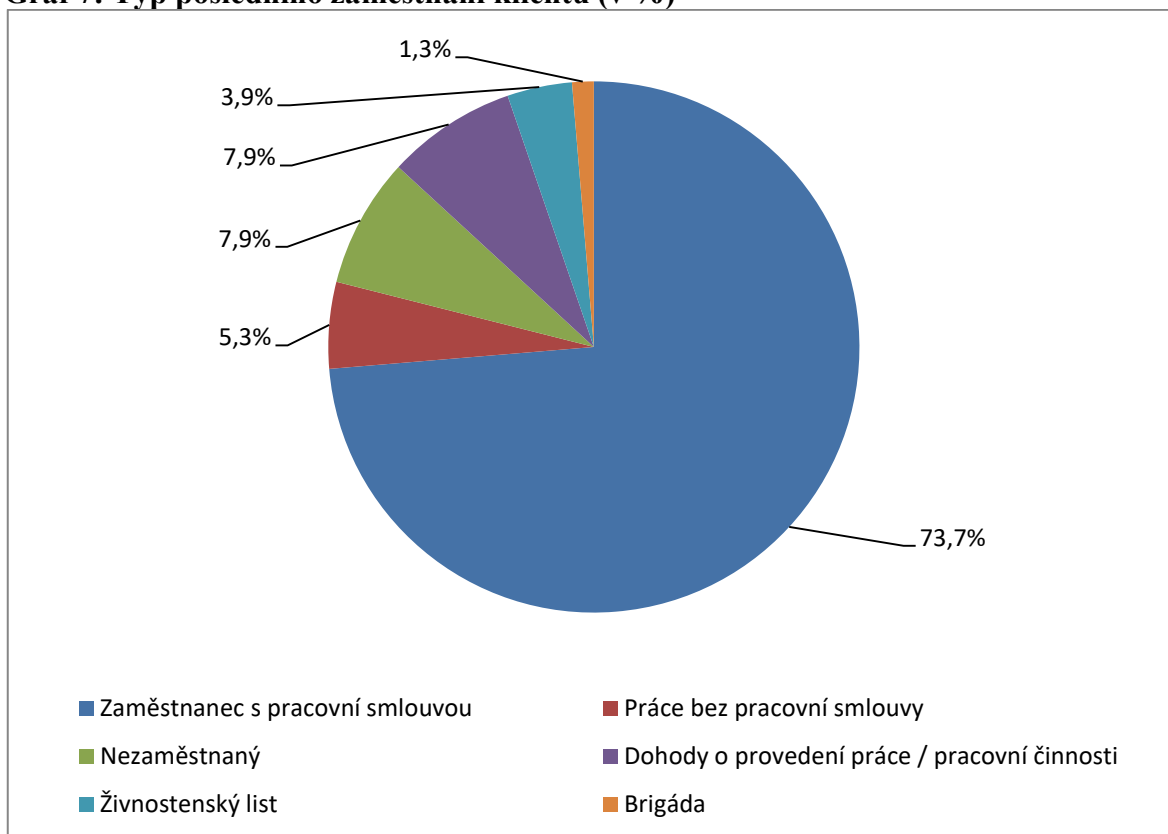
Graf 6: Kraj bydliště klientů



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti uvádějící bydliště v Moravskoslezském kraji jsou zastoupeni ve 26 případech. Olomoucký kraj jako místo bydliště uvedlo 11 klientů, Jihomoravský a Liberecký kraj uvedlo 7 klientů. Prahu jako své bydliště uvedlo 6 klientů.

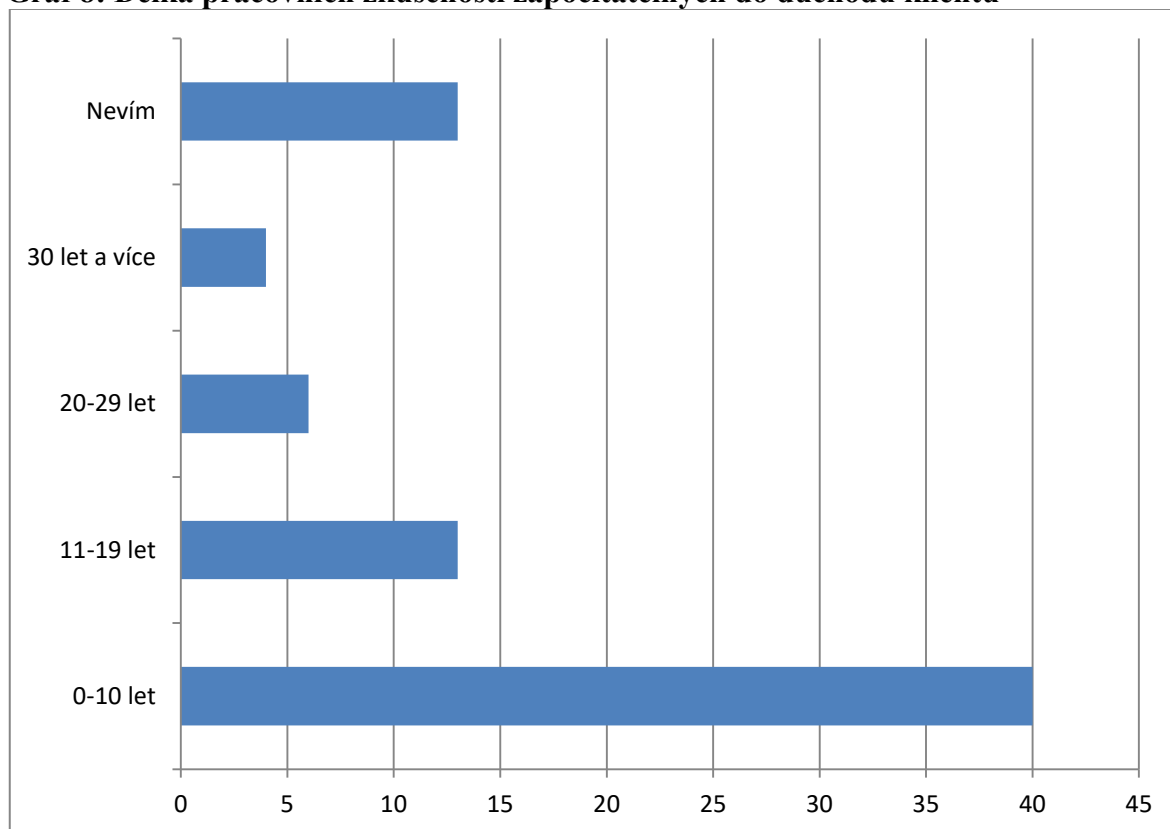
Graf 7: Typ posledního zaměstnání klientů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku jakým způsobem klienti naposledy pracovali, uvedlo 73,7 % klientů, že měli zaměstnanecký pracovní vztah s pracovní smlouvou. Téměř 8 % klientů bylo před nástupem do pobytové formy bydlení nezaměstnaných.

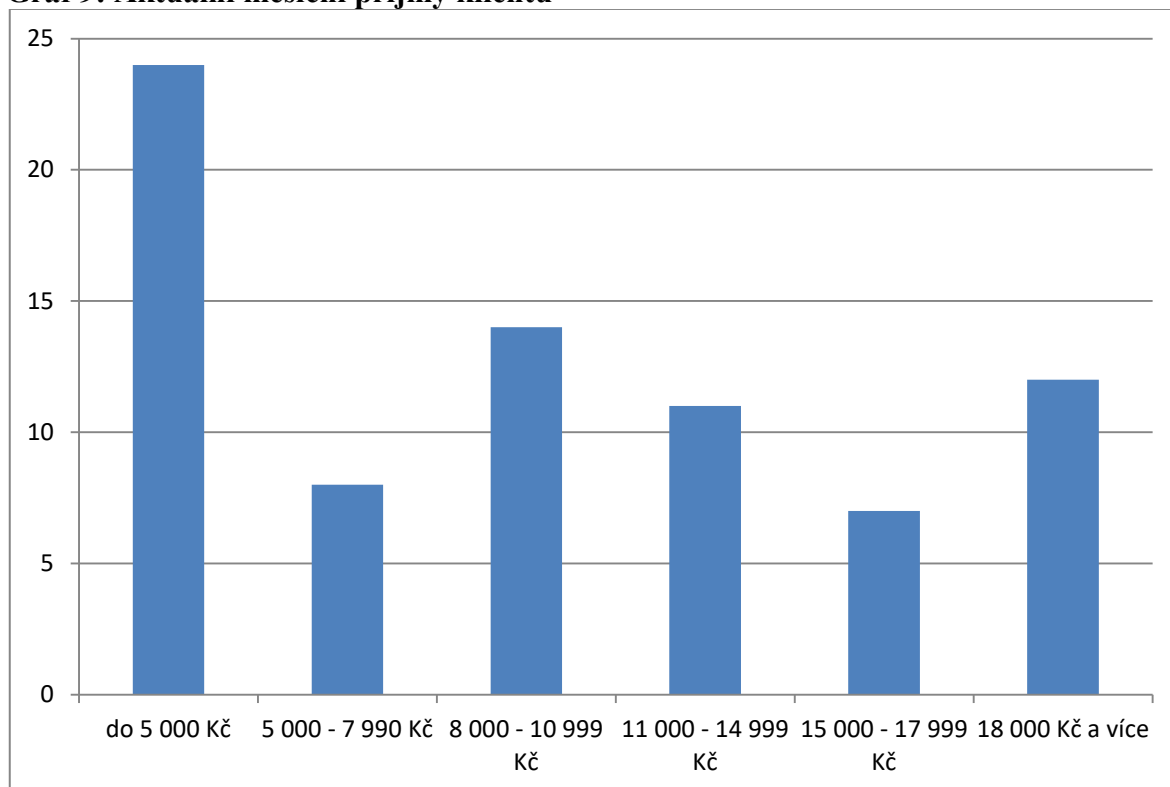
Graf 8: Délka pracovních zkušeností započítatelných do důchodu klientů



Zdroj: Vlastní výzkum

Počet klientů, kteří uvedli pracovní zkušenost do 10 let, bylo 40. To tvoří významné zastoupení ve výběrovém souboru. Délku zaměstnání od 11-19 let uvedlo 13 klientů, ten samý počet klientů neví, kolik let má odpracováno a co všechno se započítává do důchodu.

Graf 9: Aktuální měsíční příjmy klientů



Zdroj: Vlastní výzkum

Počet respondentů, kteří uvedli příjem do 5 000 Kč, je ve 24 případech a tvoří tak významné zastoupení ve výběrovém souboru. Příjmy do 5 tisíc korun jsou pod hranicí příjmové chudoby. Podobně kategorie 5 000 Kč – 7 990 Kč se týká 8 klientů. V kategorii 8-11 tis. se ještě pohybuje 14 klientů. V těchto nízko-příjmových kategoriích se tak pohybuje více jak polovina klientů.

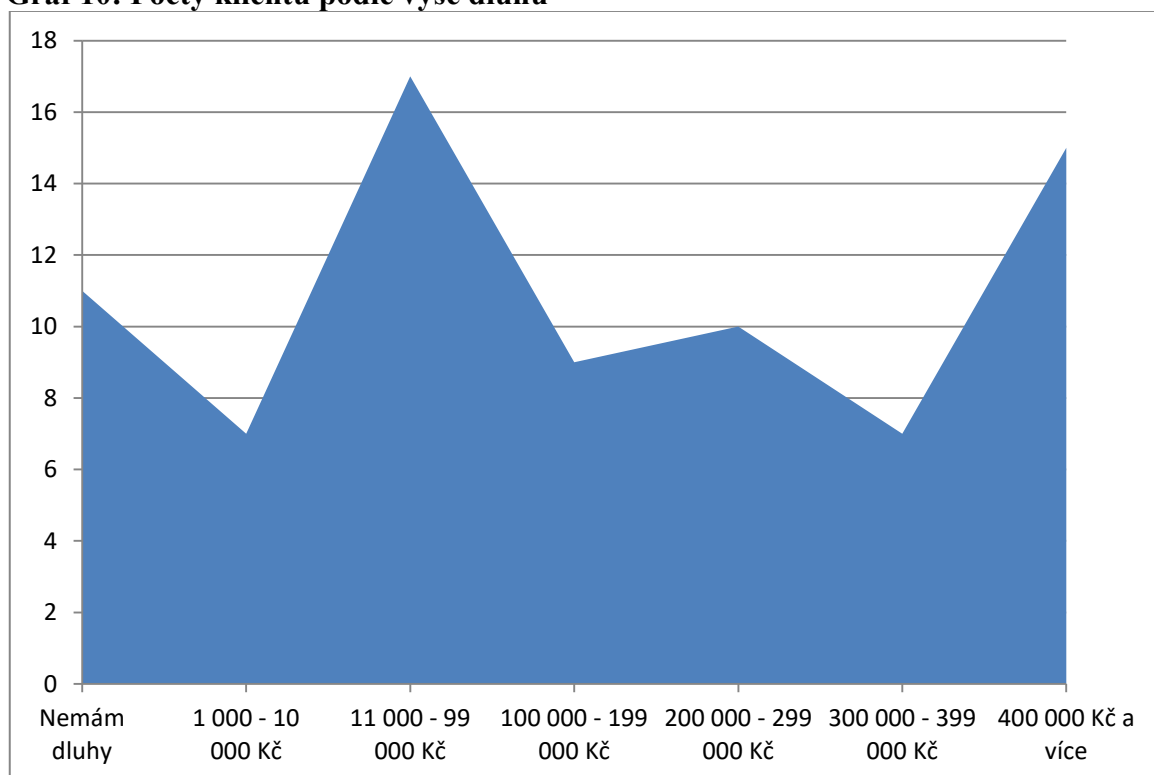
Tabulka 3: Počet exekucí a insolvencí u klientů

Exekuce	Insolvence		Celkem
	Ne	Ano	
Ne	35	3	38
Ano	27	2	29
Nevím	9		9
Celkem	71	5	76

Zdroj: Vlastní výzkum

29 klientů má exekuci, v insolvenci je 5 klientů. 38 klientů uvedlo, že nemá žádné exekuce.

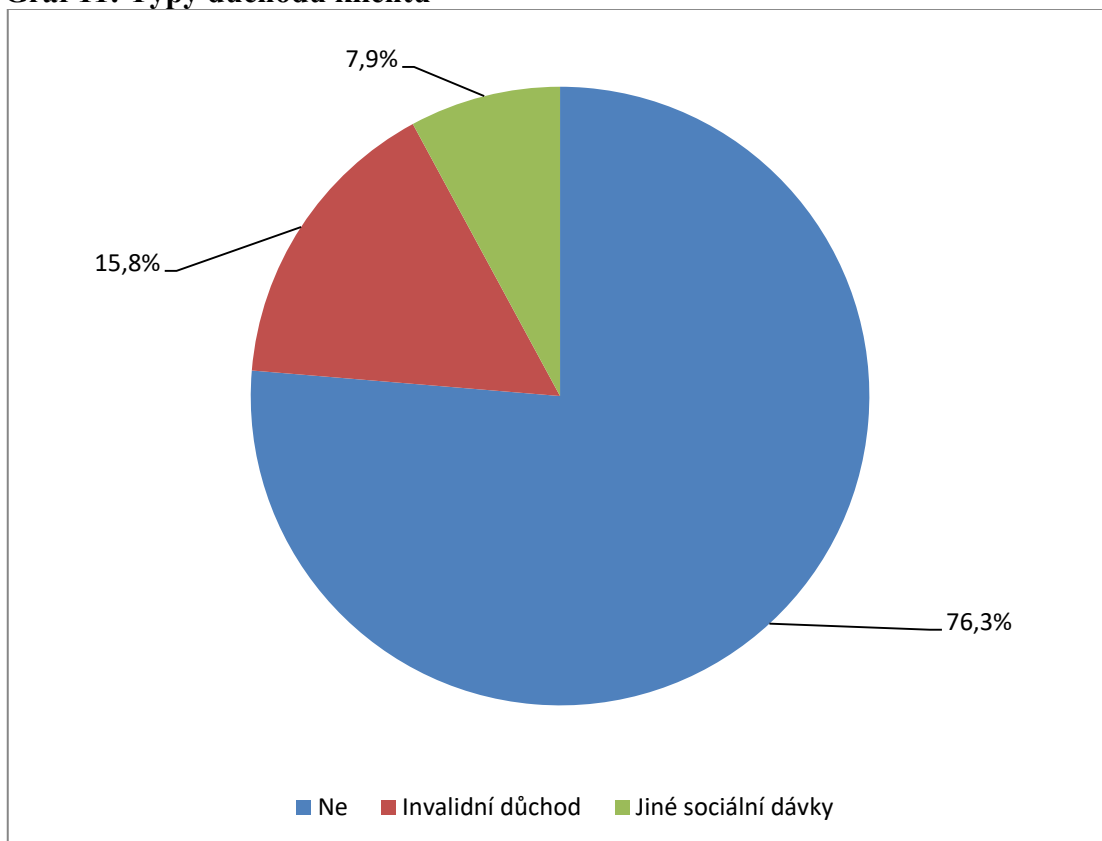
Graf 10: Počty klientů podle výše dluhů



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastěji jsou zastoupeny dluhy v rozmezí od 11 000 Kč – 99 000 Kč v počtu 17 případů ve výzkumném souboru. Významnou část tvoří následně dluhy nad 400 000 Kč, a to u 15 klientů.

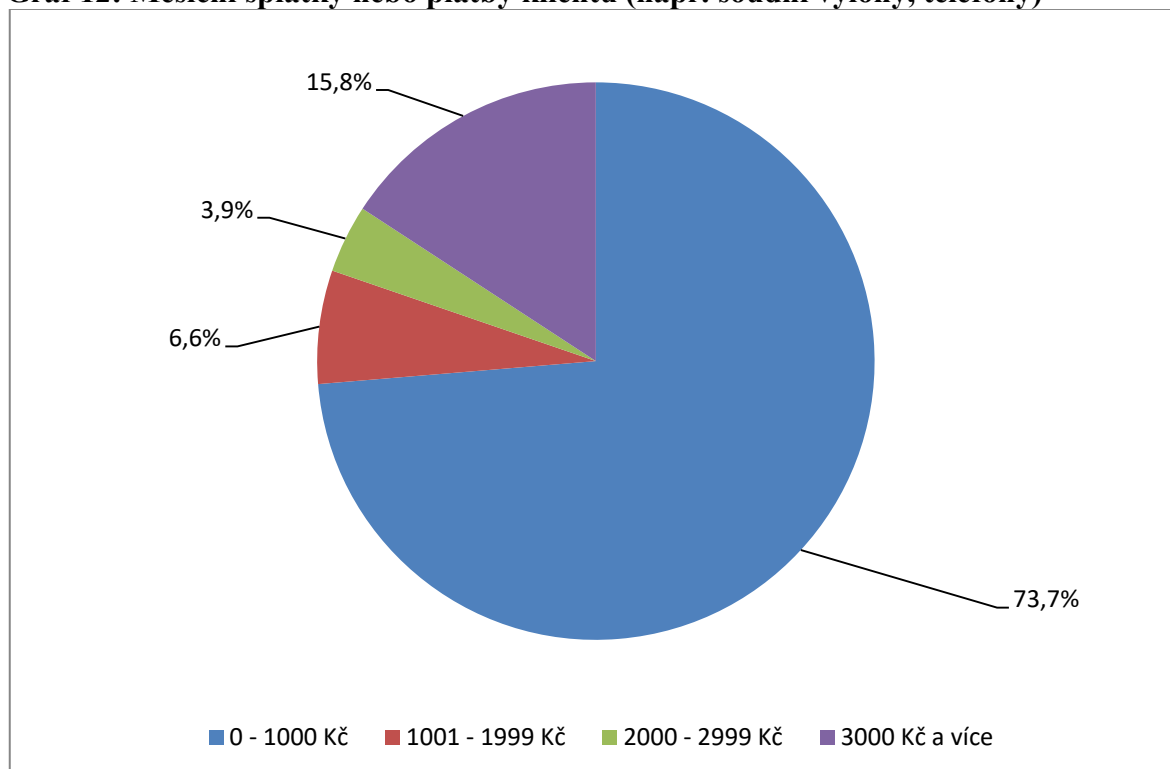
Graf 11: Typy důchodů klientů



Zdroj: Vlastní výzkum

Převažující většina (76,3 %) klientů nepobírá žádný důchod. Počet osob pobírající invalidní důchod je 15,98 %, což není nezanedbatelný údaj.

Graf 12: Měsíční splátky nebo platby klientů (např. soudní výlohy, telefony)



Zdroj: Vlastní výzkum

Počet respondentů s pravidelnými měsíčními platbami do 1 000 Kč je více jak 73,7 %.

Tabulka 4: Průměrný zůstatek peněz po odečtu všech povinných plateb podle typu zaměstnání a příjmového pásma (v Kč)

	do 5 000 Kč	5 000 - 7 990 Kč	8 000 - 10 999 Kč	11 000 - 14 999 Kč	15 000 - 17 999 Kč	18 000 a více	Celkem
Zaměstnanec s pracovní smlouvou	2 214	4 418	6 944	6 864	10 933	12 500	7 078
Práce bez pracovní smlouvy	700	5 000	8 000				3 600
Nezaměstnaný	2 662		5 000				3 052
Dohody o provedení práce / pracovní činnosti	3 167	2 500			15 000	15 000	7 000
Živnostenský list			4 833				4 833
Brigáda	5 000						5 000
Celkem	2 416	4 251	6 429	6 864	11 514	12 708	6 455

Zdroj: Vlastní výzkum

Po odečtu všech povinných plateb zbyde všem klientům v průměru méně než 7 tis. Kč měsíčně na bydlení a jídlo, a to především u klientů s příjmy do 15 tis. Kč.

Tabulka 5: Místo trvalého bydliště a využívání nájemného bydlení klientů

Trvalé bydliště	Nájemné bydlení		Celkem
	Ano	Ne	
Ve vlastním bydlení	6		6
U příbuzných	7	3	10
Na městském nebo obecním úřadě	26	13	39
Jiné	16	5	21
Celkem	55	21	76

Zdroj: Vlastní výzkum

Počet klientů bez nebo s trvalým pobytem na obecním úřadě je 39. Vlastní bydlení má pouze 6 klientů, 10 klientů má bydlení u příbuzných. Skupina 21 klientů uvedla možnost jiné. Nájemné bydlení využívalo v minulosti 55 klientů.

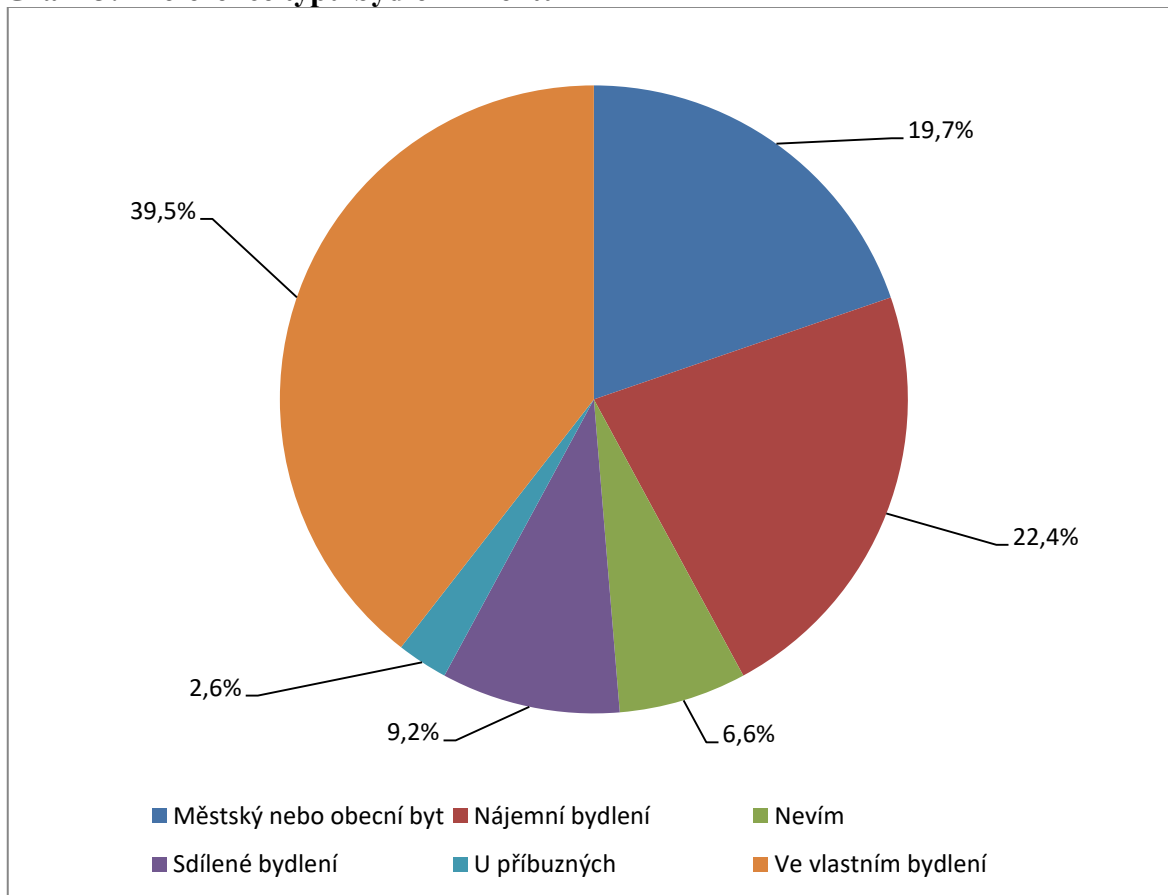
Tabulka 6: Zneužití bydlení a možnost bydlení u příbuzných klientů

Zneužití bydlení	Možnost bydlení u příbuzných			Celkem
	Ano	Ne	Nevím	
Ano	13	20	11	44
Ne	10	13	4	27
Nevím	1	3	1	5
Celkem	24	36	16	76

Zdroj: Vlastní výzkum

Klienti uvedli, že kvůli možnosti bydlení využívali ve 44 případech sociální služby nebo zdravotnická zařízení. Pomoc v bydlení u příbuzných má možnost využít pouze 24 klientů.

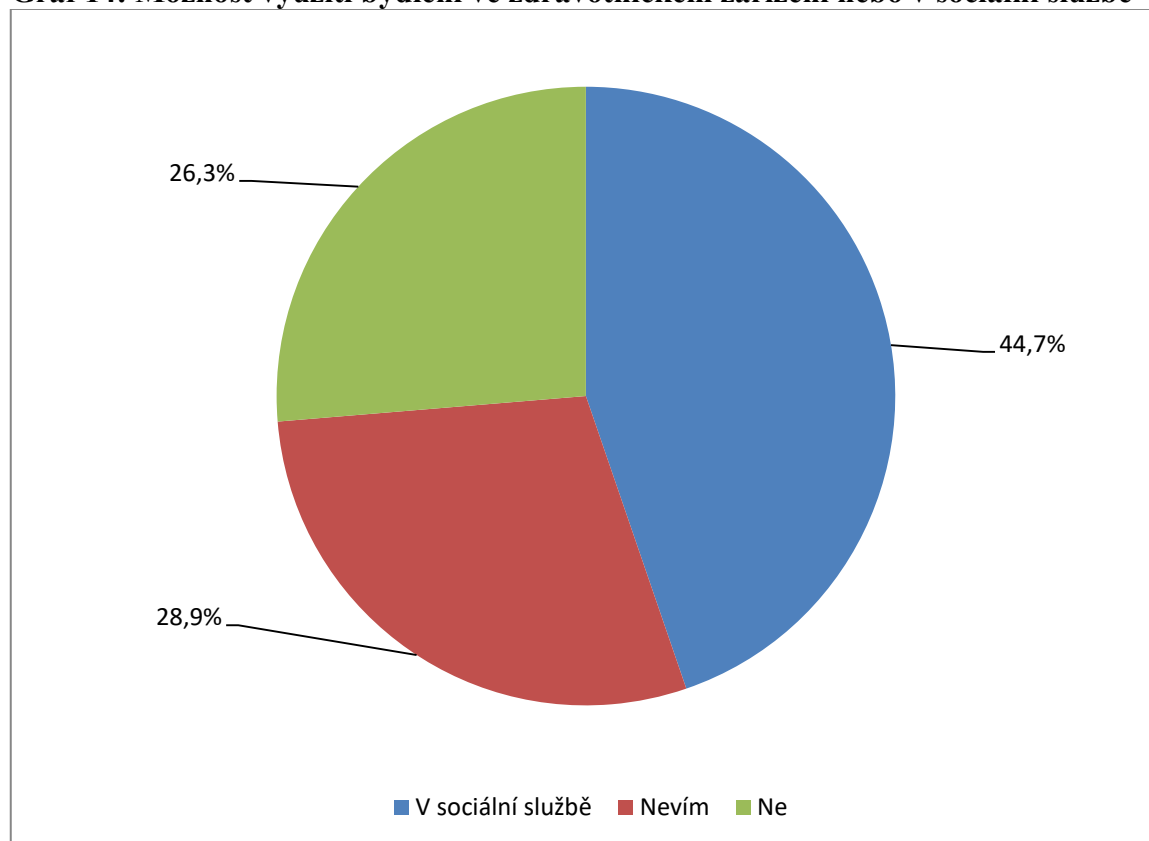
Graf 13: Preference typu bydlení klientů



Zdroj: Vlastní výzkum

Vlastní bydlení by preferovalo téměř 40 % klientů. Nájemní bydlení by využilo 22,4 % klientů a městský nebo obecní byt 19,7 % klientů.

Graf 14: Možnost využití bydlení ve zdravotnickém zařízení nebo v sociální službě



Zdroj: Vlastní výzkum

V případě možnosti využít sociální službu nebo zdravotnické zařízení jako bydlení odpovědělo 44,7 %. Naopak 26,3 % klientů by této možnosti nezneužilo.

Tabulka 7: Preferované místo a velikost bydlení klientů

Místo bydlení	Velikost bydlení					Celkem
	Menší byt než 1+1	Byt 1+1	Byt 2+1	Byt 3+1	Nevím	
Ve městě	9	11	12			32
Na venkově	6	18	7	2	1	34
Nevím	4	4	1		1	10
Celkem	19	33	20	2	2	76

Zdroj: Vlastní výzkum

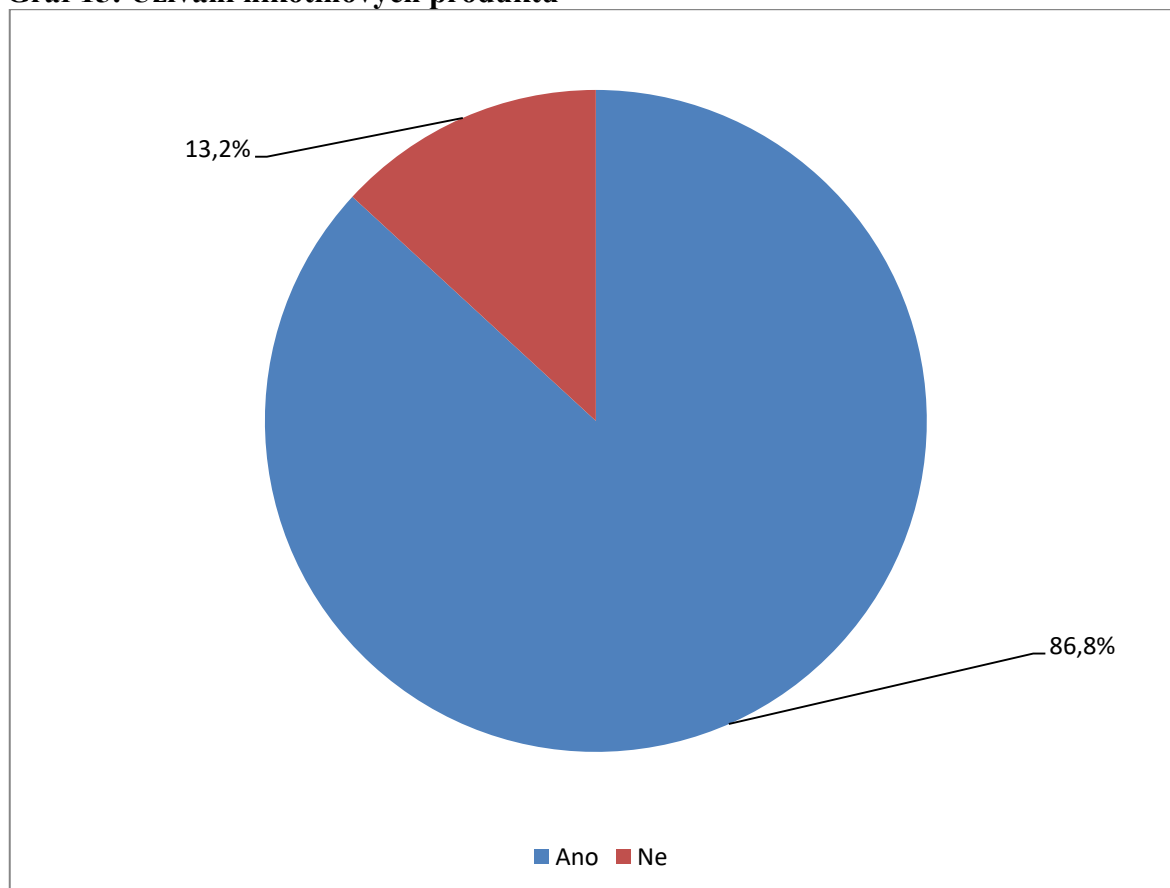
Významným sdělením se jeví místo, kde by klienti chtěli bydlet. Ve 34 případech klienti preferují bydlení na venkově, ve 32 případech ve městě. Dostatečnou velikost bytové jednotky 1+1 uvedlo 33 klientů, menší než 1+1 uvedlo 19 klientů. Preferovaným typem bydlení jsou tak malometrážní byty.

Tabulka 8: Primární návyková látka a patologické hráčství klientů

Primární droga	Gambling		Celkem
	Ano	Ne	
Alkohol	1,3%	47,4%	48,7%
Heroin	0,0%	1,3%	1,3%
Kokain	1,3%	0,0%	1,3%
Marihuana	0,0%	2,6%	2,6%
Pervitin	15,8%	30,3%	46,1%
Celkem	18,4%	81,6%	100,0%

Zdroj: Vlastní výzkum

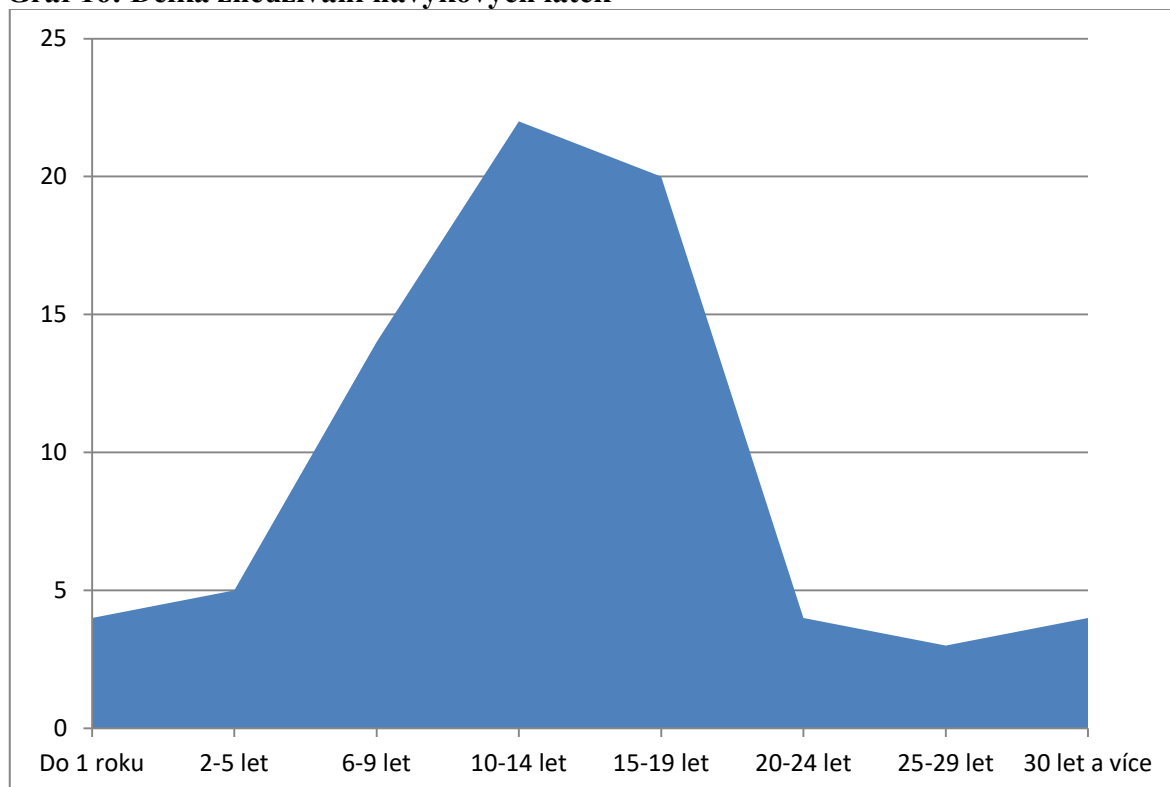
Primárně zneužívanou návykovou látkou je alkohol. Ve výběrovém souboru je zastoupen 48,7 %. Návyková látka pervitin je zastoupena ve 46,1 %. Problém se závislostním chováním na procesu uvedlo 18,4 % klientů.

Graf 15: Užívání nikotinových produktů

Zdroj: Vlastní výzkum

Více jak 86,8% klientů uvedlo, že užívá produkty obsahující nikotin.

Graf 16: Délka zneužívání návykových látek



Zdroj: Vlastní výzkum

Délku zneužívání návykové látky v rozmezí 10–14 let odpovědělo v počtu 22 klientů. V kategorii 15–19 let uvedlo délku užívání 20 klientů. Dále období 6–9 let zneužívání označilo 14 klientů.

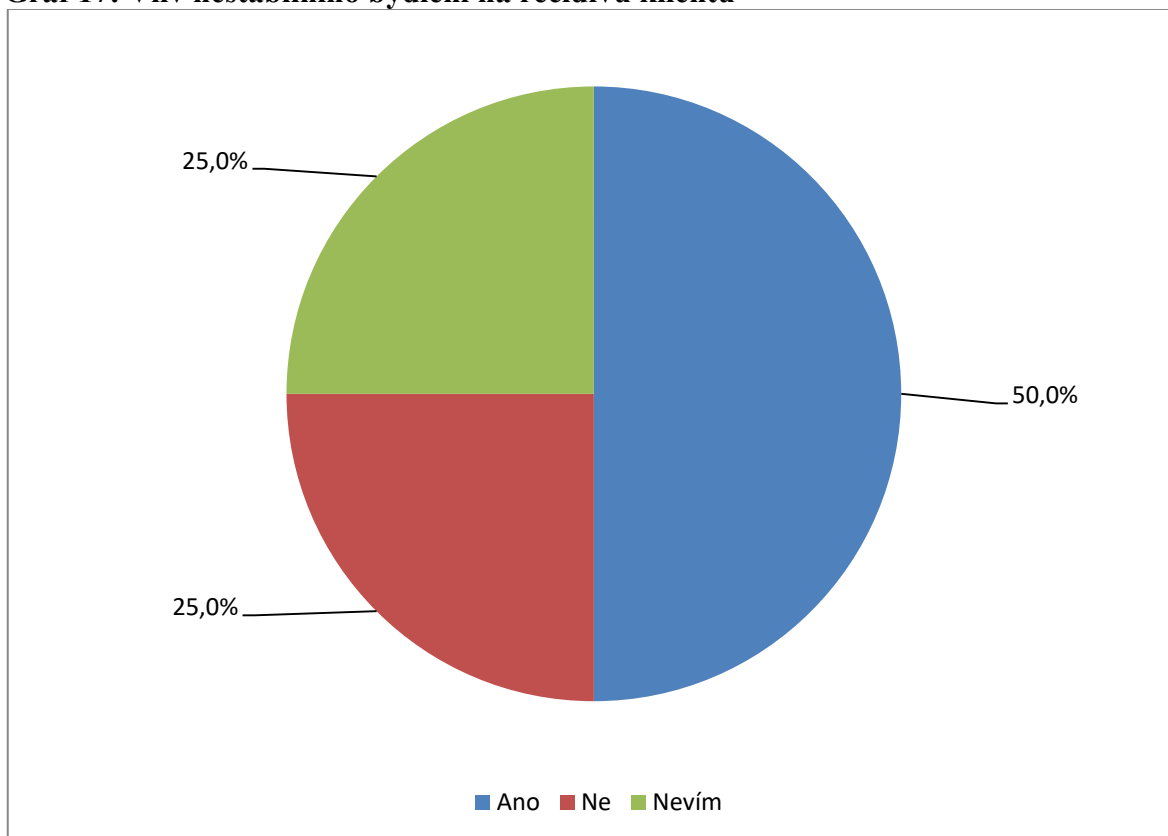
Tabulka 9: Opakovaná léčba závislosti a opakované doléčování

Opakovaná léčba	Opakované doléčování		Celkem
	Ano	Ne	
Ano	35,5%	36,8%	72,4%
Ne	1,3%	26,3%	27,6%
Celkem	36,8%	63,2%	100,0%

Zdroj: Vlastní výzkum

Významné sdělení je u počtu opakovaných léčebných pobytů. 72,4 % klientů uvedlo, že se opakovaně léčilo ze své závislosti. Opakované doléčování uvedlo 36,8 % klientů.

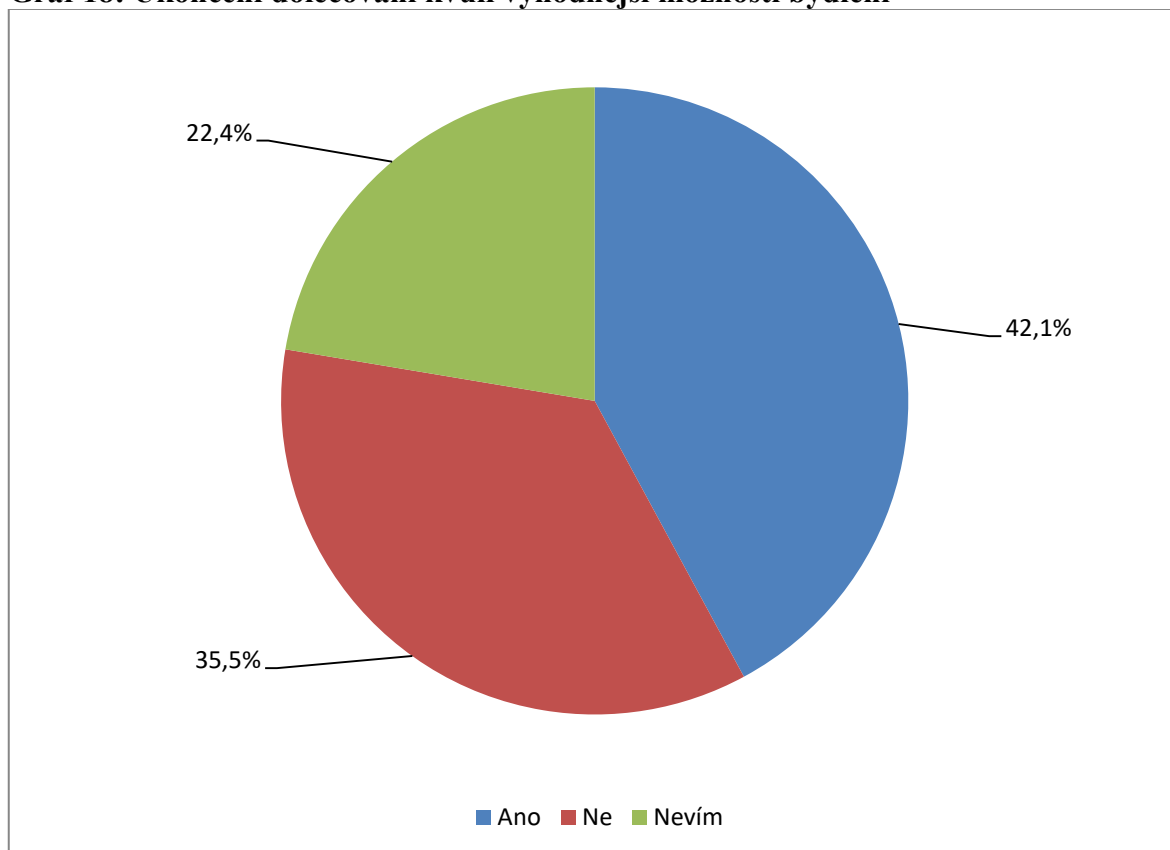
Graf 17: Vliv nestabilního bydlení na recidivu klientů



Zdroj: Vlastní výzkum

Zda mělo vliv nestabilní bydlení na recidivu onemocnění, uvedla polovina dotazovaných klientů (50 %). Naproti tomu 25 % klientů uvedlo, že vliv na recidivu onemocnění nemělo, ale zároveň 25 % klientů neví, zda nestabilní bydlení mělo vliv na recidivu onemocnění.

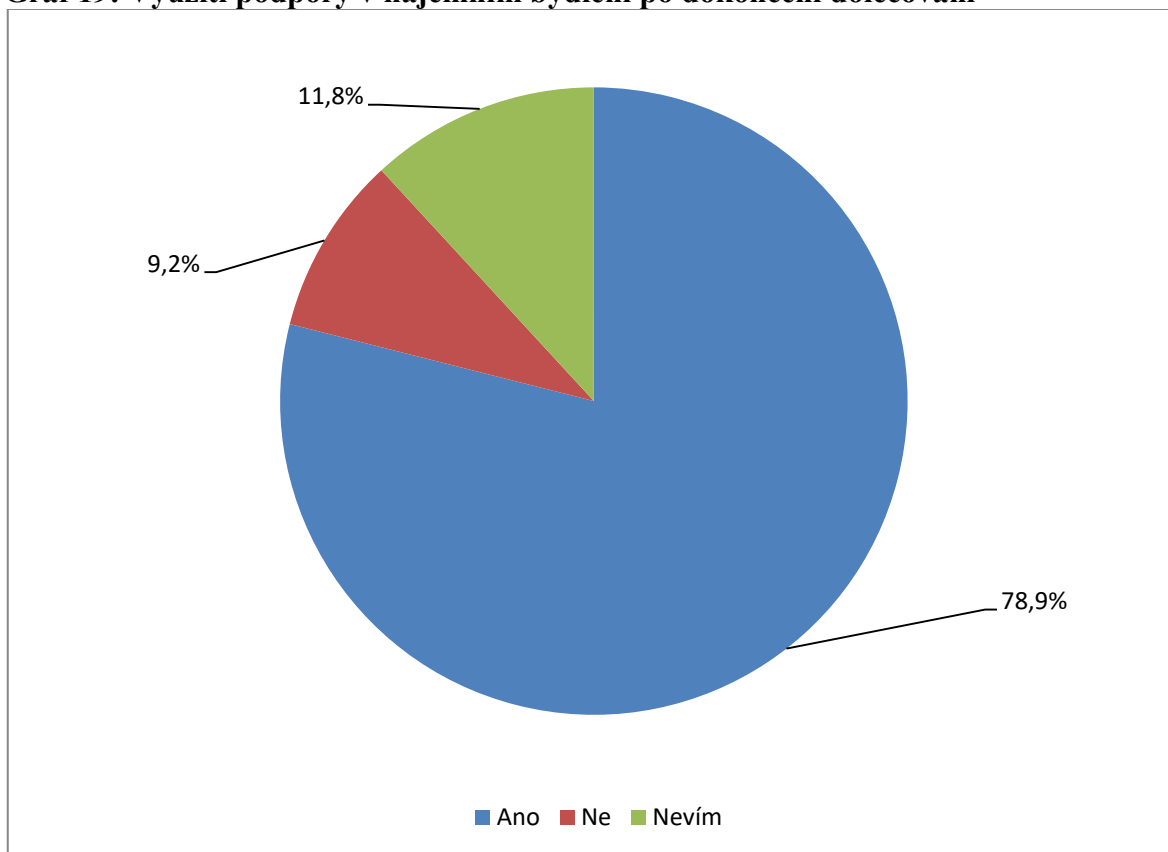
Graf 18: Ukončení doléčování kvůli výhodnější možnosti bydlení



Zdroj: Vlastní výzkum

Vliv lepšího bydlení na předčasné ukončení doléčování uvedlo 42,1 % klientů a 22,4 % uvedlo, že neví, zda by ukončili doléčování kvůli výhodnějšímu bydlení. Pouze 35,5 % klientů uvedlo, že by dokončili doléčovací program bez ohledu na lepší bydlení.

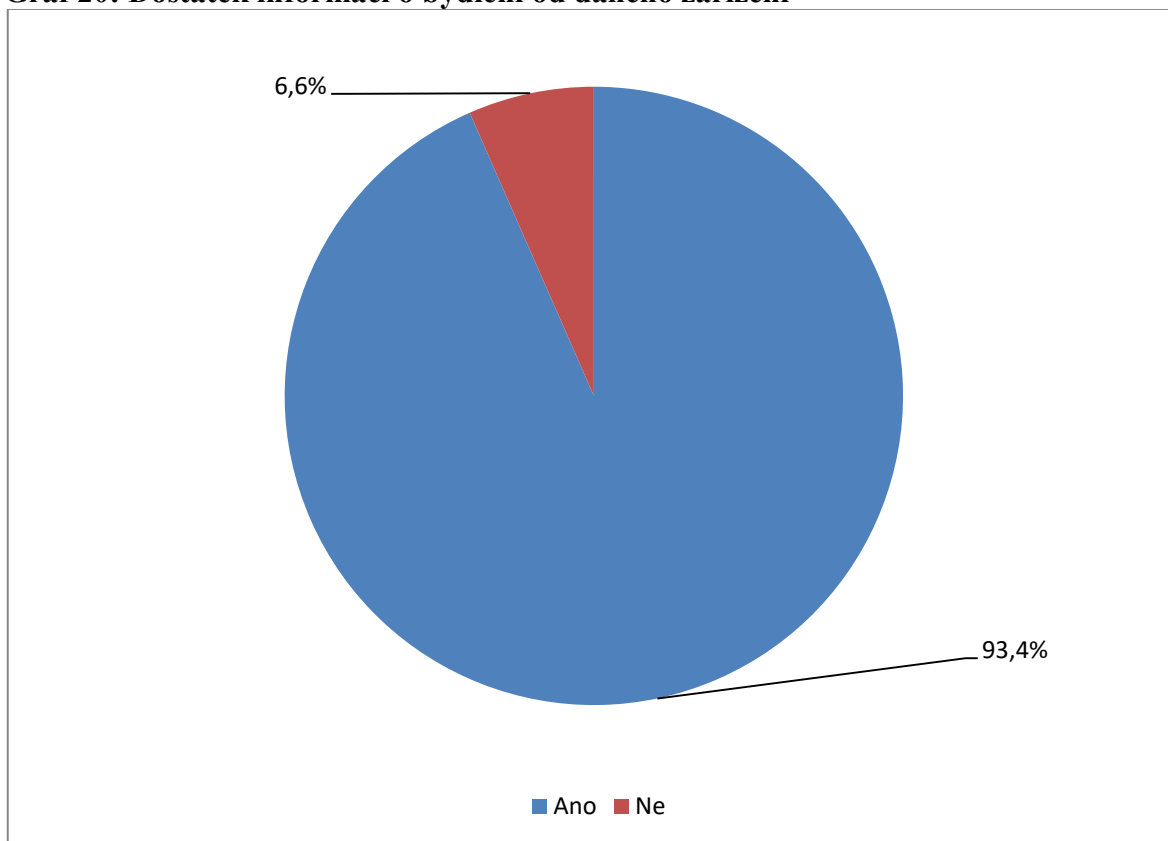
Graf 19: Využití podpory v nájemním bydlení po dokončení doléčování



Zdroj: Vlastní výzkum

Potřeba pomoci s bydlením po ukončení doléčování v daném programu je identifikována u téměř 80 % klientů, kteří by využili startovací nájemné byty nebo další možnosti podpory bydlení.

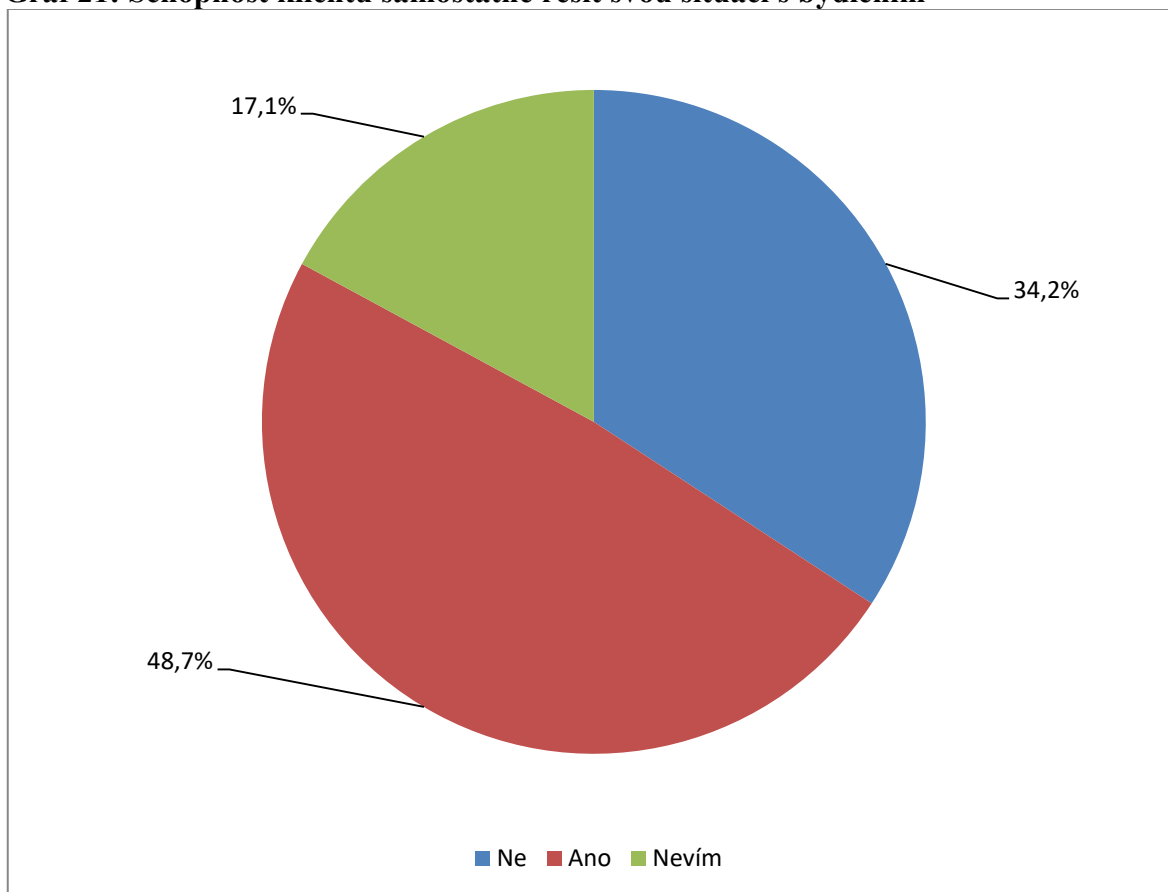
Graf 20: Dostatek informací o bydlení od daného zařízení



Zdroj: Vlastní výzkum

Informace vztahující se k bydlení jsou v doléčovacích službách dostatečné pro 93,4 %.

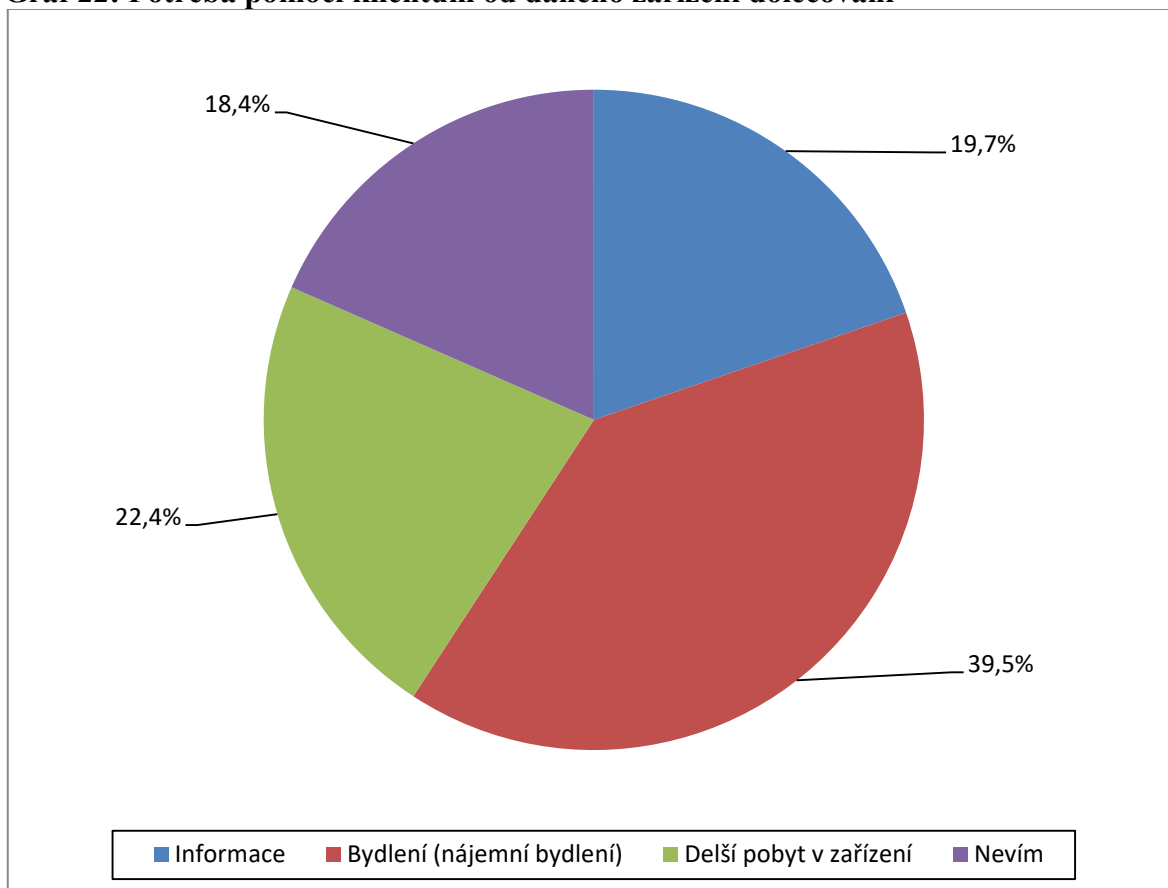
Graf 21: Schopnost klientů samostatně řešit svou situaci s bydlením



Zdroj: Vlastní výzkum

Pouze 48,7 % klientů uvedlo, že je schopno řešit svou situaci s bydlením. Další skupina klientů (34,2 %) uvedla, že není schopna sama svou situaci s bydlením řešit a 17,1 % klientů uvedlo, že neví, zda svou situaci s bydlením dokáží řešit.

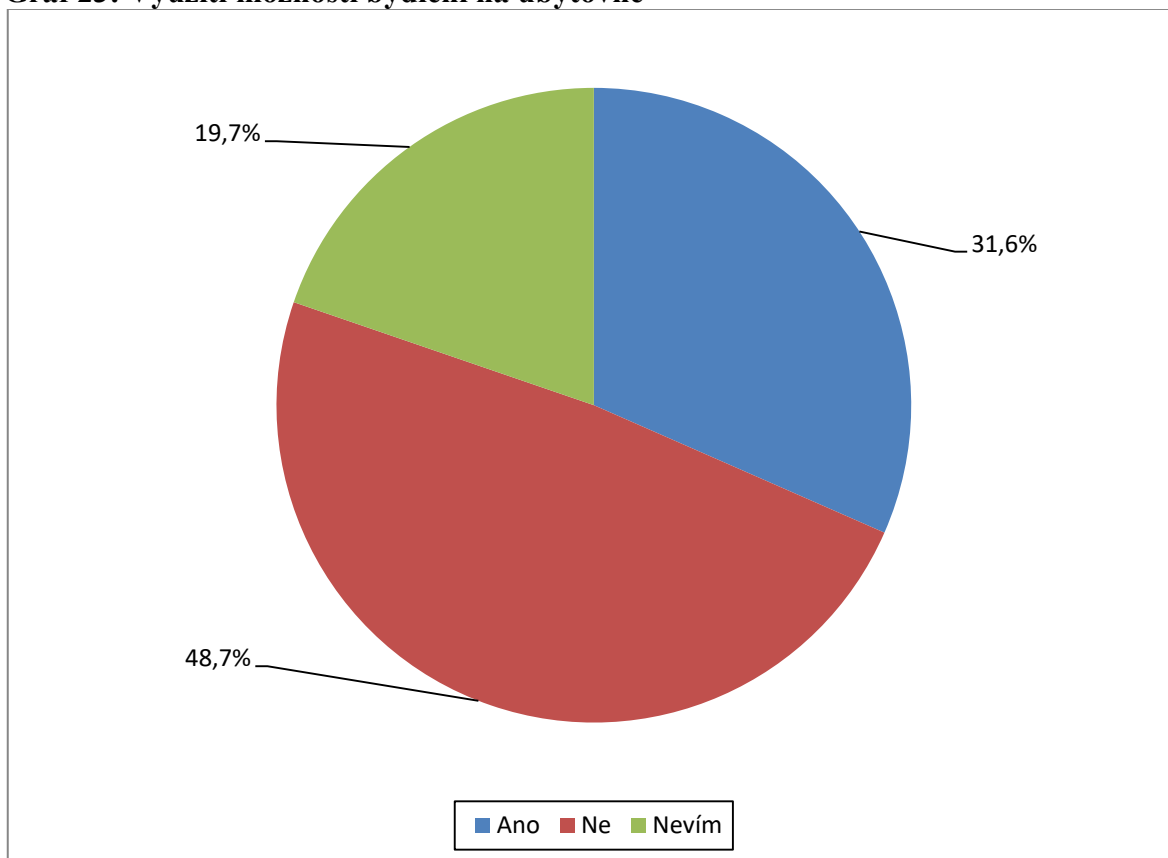
Graf 22: Potřeba pomoci klientům od daného zařízení doléčování



Zdroj: Vlastní výzkum

Klienti uvedli, že by od doléčovacích zařízení využili podporu v nájemním bydlení ve 39,5 % a možnost delšího pobytu v doléčovacím programu by využilo 22,4 % klientů.

Graf 23: Využití možnosti bydlení na ubytovně



Zdroj: Vlastní výzkum

Ubytovací zařízení typu ubytovna by využilo 31,6 % klientů. Převážná většina klientů (48,7 %) by takový typ ubytování nevyužila.

Diskuze

Cílem výzkumu bylo zmapovat potřeby klientů vybraných doléčovacích center v oblasti bydlení. Pro výběr doléčovacích center byla použita data z rady vlády RVKPP, která byla následně komparována s registrem sociálních služeb. Výběrový soubor tak tvoří registrované sociální služby. Hodnocení odborné způsobilosti na čtyři roky mají všechna zařízení, která se zabývají poskytováním služeb s doléčovacím programem.

Zahájení výzkumného šetření bylo účelově v letních měsících proto, aby cílový soubor nebyl ovlivněn účelovostí pobytu v zimních měsících. I když byly osloveny všechny služby následné péče s doléčovacím programem v pobytové formě, výzkumného šetření se zúčastnilo pouze sedm organizací, s pobytovou kapacitou 85 lůžek. Počet účastníků výzkumu tvoří 76 respondentů. Výběrový soubor je tak dostatečným reprezentativním vzorkem pro získání statistických dat klientů vybraných doléčovacích center v oblasti bydlení.

Cílem výzkumu bylo zjištění potřeb klientů vztahující se k oblasti bydlení. V dotazníkovém šetření odpovídalo 76 klientů.

Dotazník byl rozdělen na 4 oblasti:

1. Oblast anamnestických dat;
2. Ekonomická;
3. Sociální;
4. Data vztahující se k adiktologickému problému.

Dotazník byl sestaven pro výzkumné šetření tak, aby měl dostatečně vypovídající hodnotu k zodpovězení výzkumných otázek.

Výzkumné otázky:

- Má klient zařízení v současné době kde bydlet?

Většina klientů uvedla jako trvalé bydliště OÚ nebo MÚ, jak je uvedeno v tabulce č. 5. V případě nouze (dle tabulky č. 6 a grafu č. 14) by klienti zneužili sociální služby jako jednu z možností bydlení. Z výzkumného šetření vyplývá, že klientovy potřeby ohledně trvalého bydlení nejsou naplněny.

- Jakou pomoc s bydlením dostává klient od přátel nebo příbuzných?

Jak vyplývá z tabulky č. 6, možnost bydlení u příbuzných uvádí jen necelá třetina klientů. Podle grafu č. 4 lze odvodit, že klienti mají odpovídající rodinné zázemí, které však není zdrojem pomoci v bydlení.

- Jakou pomoc s bydlením poskytují klientovi místní služby?

Dle grafu č. 20 vyplývá, že klienti mají od zařízení dostatek informací vztahující se k bydlení.

- Jakou pomoc s bydlením potřebuje klient od doléčovacích služeb?

Jak vyplývá z grafů č. 19, 20 a 22, klienti daných zařízení by využili možnost podpory s nájemním bydlením po ukončení doléčování nebo by případně využili delší pobyt přímo v daném zařízení.

- Požadované služby z pohledu klienta?

Jak vyplývá z grafu č. 13, většina klientů má jasnou představu jaký typ bydlení by potřebovala. Podle tabulky č. 7 je patrné, že klientům by vyhovoval byt 1+1 nebo menší. Preferované místo integrace je individuální, téměř napůl ve městě a napůl na venkově.

Zaměření výzkumu bylo také na socio-ekonomické a zdravotní dopady souvisejícími s mapováním potřeby bydlení.

Převažující klientelou podle pohlaví v doléčovacích programech jsou muži, graf č. 1. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou, graf č. 2. Podle grafu č. 3 jsou klienti bezdětní. Podle grafu č. 5 mají významný konflikt se zákonem. Podle grafu č. 6 pocházejí především z Olomouckého a Moravskoslezského kraje (toto však může být ovlivněno umístěním zúčastněných organizací). Klienti přicházejí do doléčovacích programů s pracovní historií, jak ukazují grafy č. 7 a 8. Jejich měsíční příjmy dle grafu č. 9 jsou nízko-příjmové, převážně pod hranicí příjmové chudoby. Dle tabulky č. 3 je téměř polovina klientů zatížena exekucemi. Jedná se o klienty bez výhledu na důchod (graf č. 11) s dalšími měsíčními výdaji do 1 000 Kč za vedlejší pravidelné platby (graf č. 12). Tabulka č. 4 potvrzuje výzkumná zjištění, že klienti se nacházejí v ekonomické nouzi. Jedná se převážně o osoby s problémem užívání alkoholu a pervitinu (tabulka č. 8), kteří zároveň zneužívají nikotinové produkty (graf č. 15). Svůj adiktologický problém převážně řeší v řádu několika let (graf č. 16), a to opakovaně ve zdravotnických zařízeních i sociálních službách (tabulka č. 9).

Hlavní výzkumná otázka“ **Jaké jsou potřeby klientů vybraných doléčovacích center v oblasti bydlení“.**

Z dílčích výzkumných otázek vyplývá, že klienti jsou schopni své potřeby v oblasti bydlení identifikovat. Přesto jejich sociálně-ekonomický status jim neumožňuje tyto potřeby naplňovat. Podle grafu č. 17 uvedlo 50 % klientů vliv nestabilního bydlení na recidivu onemocnění. Ze socio-ekonomických údajů také vyplývá, že ani v době pobytu v doléčovacím programu nejsou schopni si zajistit dostatek finančních prostředků, aby si zajistili samostatné bydlení.

Závěr

Na počátku této práce bylo zjištění dle NMS, že 50 % klientů doléčovacích programů nedokončí doléčovací program a to opakovaně v řadě let. Jedná se tak o stovky klientů, kteří se opakovaně navrací do doléčování. Hlavním účinným faktorem léčby a doléčování je dokončit léčebný proces. Tato studentská práce si kladla za cíl tento významný fenomén vypadávání klientů z léčby identifikovat.

V teoretické části práce byly obsaženy aktuální informace vztahující se k službám následné péče s doléčovacím programem a zároveň byly identifikovány možnosti bydlení.

Praktická část práce potvrzuje, že neuspokojované potřeby v oblasti bydlení mají výrazný vliv na relaps a recidivu onemocnění. Zároveň identifikovala potřeby klientů v doléčovacích programech na následnou pomoc s navazujícím bydlením.

Vhodnými metodami lze významnou měrou ovlivnit vypadávání klientů z léčby i doléčovacích programů a zlepšit tak nákladovost finančních prostředků vynaložených na léčbu i doléčování.

Tato práce slouží poskytovatelům služeb následné péče jako zdroj informací pro rozvoj svých sociálních služeb a rozvoj bydlení.

Použitá literatura:

ZDROJE LITERATURA

1. BAKOVÁ, L., *Bydlení*. Brno: Masarykova univerzita, 1997. ISBN 80-210-1586- 1.
2. CÍSAŘ, J. a REKTORČÍK, J. (1999). *Ekonomika bydlení I. - vybrané problémy*. Brno: Masarykova univerzita v Brně.
3. GOLLER, S. a kol. (2009). *Bytová politika a limity reprodukce bytového fondu*. Praha: České vysoké učení technické v Praze, 2009. ISBN 978-80-01-04419-3.
4. GREGOROVÁ, Z., GALVAS, M. *Sociální zabezpečení*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Brno: Doplněk, 2005. ISBN 80-7239-176-3.
5. JEŘÁBEK, P. (2015). *Integrativní přístup v léčebném kontinuu*. In Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada publishing.
6. KALINA, K. a kol.: *Klinická adiktologie*. Praha: Grada publishing a. s., 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.
7. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada publishing a. s., 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.
8. KALINA, K. a kol.: *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Úřad vlády ČR, 2001. ISBN 80-238-8014-4.
9. KALINA, K. *Psychoterapeutické systémy a jejich využití v adiktologii*. 1. vyd. Praha: GRADA publishing 2013,339, s.
10. KANICKÁ, L. (2008). *Bydlení*. Brno: Mendelova zemědělská a lesnická univerzita.
11. KOLDINSKÁ, K. *Sociální právo*. 2. vydání. Praha: C. H. Beck, 2013. ISBN: 978-80-7400-474-2.
12. KUDA, A.: *Následná péče, doléčovací programy*. In: Kalina, K., aj.: *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05.
13. KUDA, A.: *Následná péče, jako klíčový faktor v systému léčby závislostí*. *Adiktologie* (1) 2, 83 – 93.
14. LUX, Martin. *Mikroekonomie bydlení*. Podkladová studie ke grantovému projektu. Praha: Vysoká škola ekonomická, 2002. ISBN 80-245-0337-9.
15. MAREŠ, P. *Sociologie nerovnosti a chudoby*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. 248 s. ISBN 80-85850-61-3.

16. MARLATT G. A., ARRETT K. (1994). *Relapse Prevention*. In Galanter M., Kleber H. (1994). *Textbook Substance Abuse Treatment*. Washington: American Psychiatric Press.
17. Ministerstvo pro místní rozvoj. *Koncepce bydlení České republiky do roku 2020*. ISBN 978-80-7538-106-4
18. Ministerstvo průmyslu a sociálních věcí. *Koncepce sociálního bydlení České republiky 2015 – 2025*.
19. MIOVSKÝ, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: GRADA Publishing, a.s.
20. POLÁKOVÁ, O. a kol. *Bydlení a bytová politika*. Praha: Ekopress, s.r.o., 2006. ISBN 80-86929-03-5
21. PLEACE, N. *Evropská příručka Bydlení především*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2007. ISBN 978-80-7440-159-6.
22. STEVENS, A. & RAFTERY, J. (2004). Implementing joint strategic needs assessment. Appendix 2. In A. Stevens, J. Raftery, J. Mant, & S. Simpson (Eds.), *Health care needs assessment. The epidemiologically based needs assessment reviews* (second ed., Oxford: Radcliffe Publishing.
23. ŠILHÁNKOVÁ, V. *Koncepce bytové politiky pro středně velká a malá města*. Hradec Králové: [Civitas per populi], 2006. ISBN 80-903813-0-8.
24. TOMEŠ, I. (2001). *Sociální politika: teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. přeprac. vyd. Praha: Socioklub - Sdružení pro podporu rozvoje teorie a praxe sociální politiky, Sešity pro sociální politiku. ISBN 80-864-8400-9.
25. TOMEŠ, I. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. 1. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2010. ISBN 978-80-7367-680-3.
26. TÖSTRE, P. *Právo sociálního zabezpečení*. 6. vydání. Praha: C. H. Beck, 2013. ISBN: 978-80-7400-692-0.

27. TSEMBERIS, S. *From streets to homes: An innovative approach to supported housing for homeless adults with psychiatric disabilities*. Journal of Community Psychology, 1999, 27.2: 225-241.
28. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 356 s. ISBN 80-246-0841-3.
29. VONDRKA, J. (2015). *Následná péče pro osoby závislé na nealkoholových drogách – systém bydlení*. Bakalářská práce. Ostravská univerzita sociálních studií. Fakulta sociální práce, Ostrava.
30. Všeobecná deklarace lidských práv. b.m.: Společnost pro lidská práva, 1968
31. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

INTERNETOVÉ ZDROJE

[https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-](https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Standardy_odborne_zpusobilosti_uprava_zari_2015.pdf)

[politika/certifikace/Standardy_odborne_zpusobilosti_uprava_zari_2015.pdf](https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Standardy_odborne_zpusobilosti_uprava_zari_2015.pdf)

Libra, J. et al. (2015). *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby*. Staženo 21/11/2019 z [v/protidrogova-politika/certifikace/inovovane-standardy-odborne-zpusobilosti-sluzeb-pro-uzivatele-drog-127658/](https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/inovovane-standardy-odborne-zpusobilosti-sluzeb-pro-uzivatele-drog-127658/)

<http://housingfirsteurope.eu/assets/files/2017/05/housing-first-guide-czech.pdf>

<http://www.ohchr.org/EN/Issues/Housing/toolkit/Pages/RighttoAdequateHousingToolkit.aspx>

<http://iregistr.mpsv.cz/>

https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/32962/837/VZdrogy2017_web181207.pdf

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ

Apod.	A podobně.
Atd.	A tak dále.
Č.	Číslo.
ČR	Česká republika.
MÚ	Městský úřad.
MPSV	Ministerstvo průmyslu a sociálních věcí.
NAPŘ.	Například
NMS	Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.
NNO	Nestátní nezisková organizace.
OÚ	Obecní úřad.
OPL	Omamné psychotropní látky.
RVKPP	Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky.
Sb.	Sbírky.
TZN.	To znamená.
ÚP	Úřad práce.
WHO	World Health Organization - Světová zdravotnická organizace.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: První kolo sběru dat v termínu 25. 6. – 7. 7. 2019	36
Tabulka 2: Druhé kolo sběru dat v termínu 13. 8. – 13. 9. 2019	36
Tabulka 3: Počet exekucí a insolvenčí u klientů.....	43
Tabulka 4: Průměrný zůstatek peněz po odečtu všech povinných plateb podle typu zaměstnání a příjmového pásma (v Kč).....	46
Tabulka 5: Místo trvalého bydliště a využívání nájemného bydlení klientů.....	47
Tabulka 6: Zneužití bydlení a možnost bydlení u příbuzných klientů	47
Tabulka 7: Preferované místo a velikost bydlení klientů	49
Tabulka 8: Primární návyková látka a patologické hráčství klientů.....	50
Tabulka 9: Opakovaná léčba závislostí a opakované doléčování.....	51

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Počet klientů podle pohlaví a věkových skupin	37
Graf 2: Nejvyšší dokončení vzdělání klientů (v %).....	38
Graf 3: Počet dětí podle rodinného vztahu klientů	39
Graf 4: Počet sourozenců klientů.....	39
Graf 5: Odsouzení klientů (v %).....	40
Graf 6: Kraj bydliště klientů	40
Graf 7: Typ posledního zaměstnání klientů (v %).....	41
Graf 8: Délka pracovních zkušeností započítatelných do důchodu klientů.....	42
Graf 9: Aktuální měsíční příjmy klientů.....	43
Graf 10: Počty klientů podle výše dluhů	44
Graf 11: Typy důchodů klientů.....	45
Graf 12: Měsíční splátky nebo platby klientů (např. soudní výlohy, telefony).....	46
Graf 13: Preference typu bydlení klientů.....	48
Graf 14: Možnost využití bydlení ve zdravotnickém zařízení nebo v sociální službě	49
Graf 15: Užívání nikotinových produktů.....	50
Graf 16: Délka zneužívání návykových látek.....	51
Graf 17: Vliv nestabilního bydlení na recidivu klientů	52
Graf 18: Ukončení doléčování kvůli výhodnější možnosti bydlení	53
Graf 19: Využití podpory v nájemním bydlení po dokončení doléčování	54
Graf 20: Dostatek informací o bydlení od daného zařízení	55
Graf 21: Schopnost klientů samostatně řešit svou situaci s bydlením.....	56
Graf 22: Potřeba pomoci klientům od daného zařízení doléčování.....	57
Graf 23: Využití možnosti bydlení na ubytovně.....	58

PŘÍLOHA 1:

Dotazník k výzkumu:

„Potřeby klientů vybraných doléčovacích center v oblasti bydlení“

Dovoluji si Vás oslovit s žádostí o vyplnění dotazníku, který bude využit pro tvorbu diplomové práce s názvem „Potřeby klientů vybraných doléčovacích center v oblasti bydlení“. Studuji na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze v navazujícím magisterském studiu, obor Adiktologie. Dotazník je anonymní, nebude obsahovat jména, ani jiné informace, které by Vás mohly identifikovat. Vaše sdělení jsou důvěrná a budou statisticky využita a prezentována v agregované formě. Předem Vám děkuji za Váš čas!

Osobní data I.

1). Vaše pohlaví?

- a) Muž
- b) Žena

2). Váš současný věk?

- a) 15-20 h) 51-55
- b) 21-25 i) 56- 60
- c) 26-30 j) 61-65
- d) 31-35 k) 66-70
- e) 36-40 l) 71-75
- f) 41-45 m) 76-80
- g) 46-50 n) 80 a více

3). Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?

- a) Nedokončené základní vzdělání b) Základní vzdělání c) Střední bez maturity / vyučen
- d) Střední s maturitou e) Vyšší odborné f) Vysokoškolské vzdělání

4). Jaké je Váš rodinný status?

- a) Svobodný b) Žiji v partnerském soužití c) Ženatý nebo vdaná d) Rozvedený/ á

5). Kolik máte vlastních dětí?

- a) Žádné b) 1 c) 2 - 3 d) 4 - 5 e) 6 a více

6). Kolik máte sourozenců?

- a) Žádné b) 1 c) 2 - 3 d) 4 - 5 e) 6 a více

7). Byl jste někdy odsouzen/á?

- a) Ano b) Ne

8). Uved'te kraj Vašeho bydliště? (nebo kraj Vašeho posledního pobytu?)

- a) Hlavní město Praha b) Středočeský kraj c) Jihočeský kraj d) Plzeňský kraj
 e) Karlovarský kraj f) Ústecký kraj g) Liberecký kraj h) Královéhradecký kraj
 i) Pardubický kraj j) Kraj Vysočina k) Jihomoravský kraj l) Olomoucký kraj
 m) Zlínský kraj n) Moravskoslezský kraj

Ekonomická data II.

9). Jakým způsobem jste naposledy pracoval?

- a) Nezaměstnaný b) Práce bez pracovní smlouvy c) Brigáda d) Zaměstnanec s pracovní smlouvou
 e) Dohoda o provedení práce/pracovní činnosti f) Živnostenský list

10). Délka všech vašich pracovní zkušenosti započitatelných do důchodu?

- a) 0 – 10 let b) 11 – 19 let c) 20 – 29 let d) 30 let a více e) Nevím

11). Váš aktuální měsíční příjem je?

- a) do 5000 Kč b) 5000 – 7999 Kč c) 8000 – 10 999 Kč d) 11 000 – 14 999 Kč
 e) 15 000 – 17999 Kč f) 18 000 Kč a více

12). Máte na vaší mzdě/ plat exekuční výměr?

- a) Ano b) Ne c) Nevím

13). Jste v insolvenční?

- a) Ano b) Ne

14). Vaše aktuální výše dluhů je (zaokrouhleně na tisíce)?

- a) žádné dluhy nemám b) 1 000 – 10 000 Kč c) 11 000 - 99 000 Kč d) 100 000 – 199 000 Kč
 e) 200 000 – 299 000 Kč f) 300 000 – 399 000 Kč g) 400 000 Kč a více

15). Máte vyživovací povinnost?

- a) Ano (pokud ano „V jaké měsíční výši?“)Kč
 b) Ne

16). Pobíráte nějaký typ důchodu?

- a) Invalidní důchod b) Starobní důchod c) Sirotčí důchod d) Jiné sociální dávky e) Ne

17). Máte jiné měsíční splátky nebo platby (např. soudní výlohy, telefony)?

- a) 0 – 1000 Kč b) 1001 – 1999 Kč c) 2000 – 2999 Kč d) 3000 Kč a více

18). Po odečtu všech povinných plateb, kolik peněz Vám zbyde na bydlení a jídlo?

.....

Bydlení data III.

19). Kde máte trvalé bydliště?

- a) U příbuzných b) Na městském nebo obecním úřadě c) Ve vlastním bydlení d) Jiné

20). Využíval/a jste nájemní bydlení?

- a) Ano b) Ne

21). Využíval jste sociální služby nebo zdravotnická zařízení i kvůli možnosti bydlení?

- a) Ano b) Ne c) Nevím

22). Jsou vám schopni Vaši příbuzní pomoci s vaší situací v oblasti bydlení?

- a) Ano b) Ne c) Nevím

23). Jaký typ bydlení by, jste preferoval/a?

- a) U příbuzných b) Městský nebo obecní byt c) Ve vlastním bydlení d) Sdílené bydlení
e) Nájemní bydlení f) Nevím

24). Chtěl/a byste využít bydlení v sociální službě nebo možnost pobytu ve zdravotnickém zařízení?

- a) V sociální službě b) Ve zdravotnickém zařízení c) Ne d) Nevím

25). Kde byste chtěl/a bydlet?

- a) a) Ve městě b) Na venkově c) Nevím

26). Jak velkou bytovou jednotku byste potřeboval/a?

- a) menší byt než 1+1 b) byt 1+1 c) byt 2+1 d) byt 3+1 e) byt 4+1 f) Jiné

Drogy IV.

27). Vámi zneužívaná návyková látka je?

- a) Léky b) Marihuana c) LSD d) Pervitin (amfetaminy e) Crack f) Kokain
g) Heroin h) Extáze i) Metadon, Subutex, Buprenorfin atd. j) Alkohol

28). Máte problém se závislostním chováním na procesu? (např. gambling, patologické hráčství)

- a) Ano b) Ne

29). Kouříte (užíváte) cigarety nebo ekvivalenty produktů obsahující nikotin?

- a) Ano b) Ne

Léčení data V.

30). Jak dlouho zneužíváte nelegální návykové látky, včetně gamblingu, patologické hráčství, alkoholu, léčiv?

- a) Do 1 roku b) 2- 5 let c) 6 – 9 let d) 10 – 14 let e) 15 – 19 let
f) 20 – 24 let g) 25 – 29 let h) 30 let a více

31). Léčil/a jste se opakovaně ze svého problémového nebo závislostního chování?

- a) Ano b) Ne

32). Jste opakovaně na doléčování?

- a) Ano b) Ne

33). Myslíte si, že nestabilní bydlení mělo nějaký vliv na vaší recidivu onemocnění?

- a) Ano b) Ne c) Nevím

34). Ukončil/a byste doléčování kvůli výhodnější možnosti bydlení?

- a) Ano b) Ne c) Nevím

35). Využil/a byste podporu v nájemním bydlení po dokončeném doléčování v daném zařízení?

- a) Ano b) Ne c) Nevím

36). Myslíte si, že máte dostatečné informace vztahující se k bydlení od daného zařízení, kde momentálně využíváte sociální službu?

- a) Ano b) Ne

37). Jste schopen sám/a řešit svou situaci v oblasti bydlení?

- a) Ano b) Ne c) Nevím

38). Jakou pomoc s bydlením byste potřeboval/a od organizace zařízení, kde využíváte sociální služby?

- a) Informace b) Bydlení (nájemní bydlení) c) Delší pobyt v zařízení d) Nevím

39). V případě potřeby využijete ubytovací zařízení typu ubytovna?

- a) Ano b) Ne c) Nevím

Děkuji za vyplnění

